EUROSCOOP

N° 8 • Septembre 2006
BUREAU DE DÉPÔT : BRUXELLES X

LE MAGAZINE DES CLINIQUES DE L'EUROPE

DANS CE NUMÉRO :
L'OBÉSITÉ

EUROPE EUROPA
2 Alice
St-Michel
St-Elisabeth

Site Ste-Elisabeth

Site St-Michel

Site 2 Alice

XENICAL®
orlistat *Moins de poids, Plus de vie*

120 mg (x84) = € 76.85

7 ANS D'EXPÉRIENCE CLINIQUE ET PRATIQUE

SIMPLE, EFFICACE... ET EN TOUTE CONFIANCE !

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : Xenical 120 mg, gélule COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Chaque gélule contient 120 mg d'orlistat FORME PHARMACEUTIQUE: Gélule: corps et tête turquoise avec l'inscription « ROCHE XENICAL 120 » DONNÉES CLINIQUES: Indications thérapeutiques: Xenical est indiqué en association à un régime modérément hypocalorique, dans le traitement de l'obésité (Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m^2), ou du surpoids (IMC supérieur ou égal à 28 kg/m^2) associé à des facteurs de risques. Le traitement par orlistat doit être arrêté après 12 semaines si les patients n'ont pas perdu au moins 5 % du poids initial mesuré au début du traitement médicamenteux. Posologie et mode d'administration : Adultes : La posologie recommandée pour orlistat est d'une gélule de 120 mg, prise avec de l'eau, immédiatement avant, pendant ou jusqu'à une heure après chacun des principaux repas. Si un repas est sauté ou ne contient pas de graisses, la prise d'orlistat doit être supprimée. Le patient doit suivre un régime modérément hypocalorique, bien équilibré sur le plan nutritionnel et contenant environ 30% de l'apport calorique sous forme de graisses. Il est recommandé que le régime soit riche en fruits et légumes. L'apport journalier en lipides, glucides et protéines doit être réparti sur les trois repas principaux. Des posologies supérieures à 120 mg trois fois par jour n'apportent pas de bénéfice supplémentaire. Orlistat entraîne une augmentation de la quantité de graisse dans les selles 24 à 48 heures après la prise. A l'arrêt du traitement, le contenu des selles en graisses revient habituellement aux valeurs initiales en 48 à 72 heures. Population spéciale : Les effets d'orlistat n'ont pas été étudiés chez les insuffisants hépatiques et/ou rénaux, chez les enfants et les sujets âgées. Orlistat ne doit pas être utilisé chez les enfants. Contre-indications : Syndrome de malabsorption chronique, Cholestase, Allaitement, Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Effets indésirables : Les effets indésirables de l'orlistat sont essentiellement d'ordre gastro-intestinal. L'incidence des effets indésirables diminue lors de l'utilisation prolongée d'orlistat. Liste des évènements indésirables (première année de traitement) survenus au cours des études cliniques avec une fréquence > 2% et une incidence ≥ 1% par rapport au groupe placebo, au cours des études cliniques d'une durée de 1 et 2 ans : (Xenical/Placebo) : Grippe (39.7%,36.2%), Hypoglycémie chez les patients obèses diabétiques de type 2 (13.0%,10.0%) Anxiété (4.7%,2.9%), Céphalée (30.6%,27.6%), Infection respiratoire haute (38.1%,32.8%), Infection respiratoire basse (7.8%,6.6%), Trace de graisse au niveau anal (26.6%,1.3%), Douleur/gêne abdominale (25.5%,21.4%),Gaz avec suintement (23.9%,1.4%), Selle impérieuse (22.1%,6.7%), Selle grasse/huileuse (20.0%,2.9%), Flatulence (16.0%,13.1%), Selle liquide (15.8%,11.4%), Emission de graisse (11.9%,0.8%), Selle abondante (10.8%,4.1%), Selle molle (8.8%,6.8%), Incontinence fécale (7.7%,0.9%), Ballonnement abdominal chez les patients obèses diabétiques de type 2 (6.0%,4.0%), Douleur/gêne rectale (5.2%,4.0%), Problème dentaire (4.3%,3.1%), Problème gingival (4.1%,2.9%), Infection urinaire(7.5%,7.3%), Règles irrégulières(9.8%,7.4%), Fatigue (7.2%,6.4%). Dans une étude clinique d'une durée de 4 ans, le profil général des événements indésirables était similaire à celui rapporté dans les études d'une durée de 1 et 2 ans. L'incidence des évènements gastro-intestinaux rapportés durant la première année a diminué d'année en année au cours des quatre ans. Liste des effets indésirables rapportés spontanément depuis la commercialisation : Rare (0.01 - < 0.1%) : Hypersensibilité (ex. : prurit, rash cutané, urticaire, angioedeme, bronchospasme et réaction anaphylactique), Très rare (< 0,01%) : Diverticulites, Très rare (< 0,01%) : Cholelithiase, Hépatites potentiellement graves, Très rare (< 0,01%):Eruptions bulleuses, Très rare (< 0,01%) : Augmentation des transaminases et des phosphatases alcalines hépatiques.Diminution du taux de prothrombine, augmentation de l'INR et déséquilibre du traitement anticoagulant se manifestant par une variation des paramètres de l'hémostase, ont été rapportés chez les patients traités par des anticoagulants en association avec orlistat TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : Roche Registration Limited - 40 Broadwater Road - Welwyn Garden City - Hertfordshire - AL7 3AY - Royaume Uni NUMÉRO(S) AU REGISTRE COMMUNAUTAIRE DES MÉDICAMENTS : EU/1/98/071/001 DELIVRANCE : sur prescription médicale DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/ DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION : 29/07/1998 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : 10/06/2005. Information complète disponible sur demande.

Roche

BR 7702 éditeur responsable
Dr Ch. Lenaerts - 05 2006

XENICAL®, LE PREMIER DE SA CLASSE, ADULTES ET ADOLESCENTS ADMIS!

EUROSCOOP

EUROPE EUROPA
2 Alice
St-Michel
St-Elisabeth

SOMMAIRE

EDITO 04

E. NEWS
- Nouveaux collaborateurs 05
- Batinews-Nouveau centre de dialyse à Waterloo 05
- Le nouveau lithotripteur de Ste-Elisabeth 06
- Le point sur l'école du dos 07
- La nucléoplastie : une technique d'avenir ! 08
- L'arthrosurface 10
- IMRT 12
- La chirurgie des hernies 12
- Radiothérapie-oncologie 13

DOSSIER : OBÉSITÉ
- La chirurgie de l'obésité *Dr Serge Landen* 14
- L'Eurobesity center de St-Michel *Dr Marc Vertruyen* 16
- Les complications de l'anneau *Dr Serge Landen* 19
- L'intervention du psychologue *Mme Isabelle André* 21
- Le ballon intragastrique *Dr Michel Fiasse* 22
- La chirurgie de la silhouette *Dr Stefanie Bosselaers* 24
- L'obésité chez l'enfant *Dr Frédéric Motte* 27
- Le point de vue diététique *Mme Nadia Stevens* 28
- Sport : Mode d'emploi *Mme Anne Marie Poliart* 30

DANS LE COLLIMATEUR
- Les services de chirurgie digestive 33

COUP DE CŒUR
- Les saveurs diététiques du Crowne Plaza Brussels 35

IN ELECTRO VERITAS
- Le syndrome métabolique 36

A QUOI SERT CETTE TECHNIQUE ?
- Imagerie médicale à St-Michel 38

A VOS PLUMES
- Les ateliers des Cliniques de l'Europe 39

EVENEMENTS
- 5ème rencontre de gériatrie du 20 juin 2006 40
- Le chœur de Bruxelles-Sud 41

BILLET D'HUMEUR D'EUMENEGUYL 42

DANS LE PROCHAIN NUMERO
- Le patient âgé 43

EDITEUR RESPONSABLE
Dr Marc Van Campenhoudt

RÉDACTEURS EN CHEF
Dr Roxane Audistère
Dr Pierre Nys

COORDINATION
Chantal Dekempeneer
Delphine Castelain

COMITÉ DE LECTURE
Dr Gaëtane Boon
Dr Frank De Wolf
Dr Leopold Ghijselings
Dr Frédéric Haven
Dr Daniel Hublet
Dr Luca Leone
Dr Carl Salembier
Dr Jean-Marie van Caster
Dr Frederike Van Raemdonck
Dr Guy Vielle

GRAPHISME & IMPRESSION
Maca-Cloetens
Illustrations : P. Maka

ADRESSE DE RÉDACTION
Euroscoop
Site Ste-Elisabeth
Avenue De Fré 206
1180 Bruxelles
Tél. : 02/373.16.89
Fax : 02/373.18.96
E-mail : euroscoop@cliniquesdeleurope.be

Magazine réservé au corps médical. Les médecins qui ne reçoivent pas Euroscoop et qui sont intéressés peuvent prendre contact avec la rédaction.

Le contenu des articles n'engage que la responsabilité de leur(s) auteur(s).
Tous droits réservés, y compris la traduction.

Avenue De Fré 206, 1180 Bruxelles
Tél. : 02/373.16.11 - Fax : 02/373.18.96
Urgences 24h/24 - Tél. : 02/373.16.00

Rue de Linthout 150, 1040 Bruxelles
Tél. : 02/737.80.00 - Fax : 02/737.80.01
Urgences 24h/24 - Tél. : 02/737.89.00

Groeselenberg 57, 1180 Bruxelles
Tél. : 02/373.45.11 - Fax : 02/373.46.86

EDITO

« La subtile saveur de la tsampa »

Tout magazine promeut, en période estivale, « trucs et ficelles », recettes légères et cocktails minceur, pour acquérir une silhouette de sylphide, top moulant, short échancré, ou un port altier d'éphèbe halé !
Hélas, ce fantasme se dissipe bien vite dès l'éloignement des plages dorées et les brefs efforts entrepris ne sont plus, au retour de vacances, qu'un lointain souvenir qui s'estompe doucement...

La problématique de l'excès pondéral et de son lourd cortège de conséquences délétères pour la santé physique et psychique de l'individu ne souffre pas d'être ainsi prise « à la légère ». Elle ne se résume pas à quelques efforts ponctuels mais nécessite un changement au long cours des habitudes de vie.

Peut-être invite-t-elle également à poser un autre regard sur notre manière d'être, créant l'événement heureux autour d'un « petit rien » plutôt que consommant avec voracité une quelconque satisfaction à l'instar d'un trop copieux plateau de fast food.

Partir à la découverte de saveurs insolites dans d'autres contrées, partager un repas frugal au cours d'un lointain périple, créer de nouvelles rencontres, c'est apprendre à apprécier le « goût subtil de la tsampa »...
Cette indéfinissable bouillie d'orge, d'aspect gluant et parfois peu engageant, est l'aliment de base dans les régions âpres, au climat rude, sises aux confins du toit du monde. Elle répond aux exigences caloriques de l'effort quotidien que représente la vie à de telles altitudes. Equilibre précieux entre les apports et les dépenses énergétiques, solide activité physique et partage d'un moment d'exception autour d'un mets rustique...
C'est aussi une approche alternative de la notion de satisfaction alimentaire, que nous laissons à votre appréciation...

« Tachi de lek », vœux tibétains de bienvenue, dans notre Euroscoop automnal qui vous invite à découvrir une expédition en équipe pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'excès pondéral. Chaque intervenant y apporte ses compétences particulières pour aider le patient à modifier profondément et durablement son comportement alimentaire et ainsi sa façon d'être au monde.

Dr Pierre Nys
Rédacteur en Chef

Dr Roxane Audistère
Rédacteur en Chef

Dr Marc Van Campenhoudt
Aministrateur - délégué
Directeur Médical

Dr Myriam De Bie
Aministrateur - délégué
Directeur Général

Les nouveaux collaborateurs

Dr Valérie Cavenaile
ULB 1998
Site St-Michel
Tropisme :
proctologie
et chirurgie colorectale

Dr Céline de Halleux
UCL 2005
Sites Ste-Elisabeth –
2 Alice – St-Michel
Tropisme :
dermato-oncologie

Dr Leen Swijgers
Leuven 2005
Sites Ste-Elisabeth –
2 Alice
Tropisme :
écho morphologique

Dr Augustine Bessomo
UCL 2005
Site St-Michel
Tropisme :
endocrinologie,
diabétologie

Dr Stéfanie Bosselaers
Leuven 2000
Sites Ste-Elisabeth –
2 Alice – St-Michel
Tropisme :
chirurgie plastique

BATI-NEWS Nouveau centre de dialyse au coeur de Waterloo

Depuis environ 5 ans, le secteur de l'hémodialyse en Belgique est en pleine mutation et devient de plus en plus un métier de proximité.

Ces dernières années, on assiste en effet à une augmentation constante du nombre de patients en dialyse chronique dans nos pays industrialisés. Ceci est dû au vieillissement de la population ainsi qu'à l'augmentation de la prévalence du diabète de type II et de ses complications.
Par ailleurs, les patients en dialyse ont un grand besoin de facilités : ils doivent se rendre à leur traitement 3 fois par semaine, 52 semaines sur 52 ...
Enfin, les techniques de dialyse elles-mêmes sont en progrès constant.

Pour toutes ces raisons, le service de néphrologie-dialyse des Cliniques de l'Europe, situé sur le site des 2 Alice à Uccle, a ouvert une extension sur le site de Saint-Michel à Etterbeek, fin 2002.

Notre service a maintenant le plaisir de vous annoncer l'ouverture, depuis juillet 2006, d'**un centre de dialyse à Waterloo**, en collaboration avec le service de néphrologie des cliniques universitaires Saint-Luc (Pr M. Jadoul).

Ce centre, situé en plein cœur du centre commercial de Waterloo, est équipé d'une infrastructure ultramoderne dans un environnement agréable, spacieux et très lumineux.
Il comporte 8 postes, permettant de dialyser jusqu'à 32 patients.
Un grand parking situé devant l'entrée permet les allées et venues sans difficultés.

Grâce à des infirmières chevronnées et à une présence médicale quotidienne, le traitement peut s'effectuer dans des conditions de sécurité maximale.

Des consultations de néphrologie générale sont également organisées au sein de ce service.

Dr François Reginster
Dr An Van Audenhove
Dr Gaëtan Clerbaux

Centre de dialyse de Waterloo
Chaussée de Bruxelles, 410
1410 Waterloo
Tél. et Fax : 02/357.17.97

Le nouveau lithotripteur des Cliniques de l'Europe

Depuis le mois de juin 2006, un nouveau lithotripteur extracorporel complète notre arsenal thérapeutique des lithiases urinaires. Il s'agit du « PIEZOLITH 3000 » de la firme Wolf. L'appareil est opérationnel sur le site de Ste-Elisabeth.

Principe de la Lithotripsie extracorporelle (LEC)

L'énergie générée par le lithotripteur prend naissance dans plusieurs milliers d'éléments céramiques piézoélectriques. Les ondes de choc produites sont alors focalisées et dirigées vers le calcul à l'aide d'un système de repérage soit échographique, soit radiographique bidimensionnel. La répétition des impacts sur le calcul (1000 à 3500 coups en moyenne par séance) entraîne sa destruction progressive en fins fragments que le patient éliminera par les voies naturelles.
Les perfectionnements apportés aux lithotripteurs de dernière génération comme le Piezolith 3000 ont sensiblement amélioré les résultats de fragmentation des calculs et permettent un traitement quasi indolore.
Le traitement ne nécessite pas de préparation particulière, **s'effectue en ambulatoire et ne requiert aucune anesthésie**.

Indication de la LEC

La LEC est certainement l'approche thérapeutique de choix des calculs rénaux.
En ce qui concerne les calculs urétéraux, la LEC occupe une place complémentaire par rapport aux autres traitements que sont le traitement médical et l'urétéroscopie semi-rigide ou souple combinée éventuellement au laser Holmium ; le choix du traitement dépendra du tableau clinique ainsi que de la taille, de la localisation et de la nature du calcul.

Complications et contre-indications de la LEC

Les complications après lithotripsie extracorporelle sont rares mais ne peuvent être ignorées. Il s'agit essentiellement de **problèmes septiques** et d'**hématomes**.
L'**infection urinaire**, les **troubles d'hémostase** et la prise d'**anticoagulants** contre-indiquent donc la LEC et les mesures adéquates doivent être prises avant tout traitement.
Une crise de colique néphrétique est toujours possible après fragmentation d'un calcul rénal. Le risque est proportionnel à la taille du calcul. Pour des calculs dont la taille excède 1 cm, la mise en place préalable d'une sonde urétérale JJ est conseillée.

Dr Christophe Assenmacher
Dr Daniel Hublet
Dr Sylvain Nesa
Dr Jan Benijts

RICHARD WOLF

Responsable de l'unité « lithiase urinaire » :
Dr Sylvain Nesa
Prise de rendez-vous :
secrétariat d'urologie Ste-Elisabeth
Tél. : 02/373.17.40

Le point sur « L'école du dos active »

L'« E.D.A. » est basée sur la rééducation pluridisciplinaire des rachialgies intégrant une structure éducative (biomécanique et ergonomie rachidienne) et une kinésithérapie axée sur une restauration fonctionnelle du rachis et un réentraînement musculaire progressif.

Elle est actuellement reconnue comme étant la thérapie la plus efficace à long terme de la lombalgie chronique et récidivante.

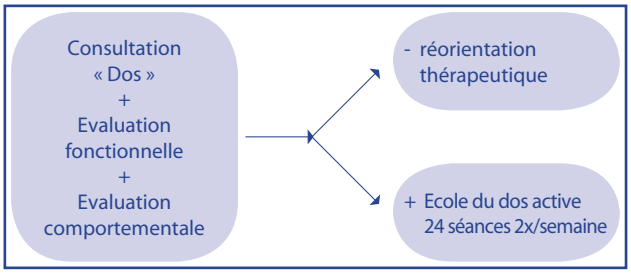
Le programme de rééducation du lombalgique récemment reconnu par l'INAMI comprend :

- l'information du patient sur les facteurs mécaniques qui favorisent les rachialgies (anatomie, biomécanique), l'explication des principes de soutien du dos et la discussion des facteurs émotionnels et psychologiques qui peuvent entretenir la douleur ;
- la formation pratique dans les techniques pour ménager le dos (économie et ergonomie rachidienne) ;
- une évaluation fonctionnelle et psychosociale ;
- une rééducation individualisée en kinésithérapie (correction du maintien, exercices d'étirement, renforcement analytique des muscles paravertébraux, etc.) ;
- l'amélioration de la condition physique tant au niveau puissance qu'au niveau de l'endurance musculaire.

Ce programme est réalisé au sein d'un service de Médecine Physique et Réadaptation ; il comporte 24 à 36 séances et ne peut être prescrit qu'une seule fois par patient.

La sélection optimale des patients par l'évaluation diagnostique, fonctionnelle et psychologique est primordiale ; le tableau ci-joint reprend les principales indications et contre-indications du programme « E.D.A. »

INDICATIONS	CONTRE-INDICATIONS
- algie vertébrale récente, récidivante ou chronique (d'origine discale et/ou facettaire)	- pathologie associée non stabilisée
- risque professionnel (++) lié à la rachialgie	- algie vertébrale aiguë et invalidante
- démarche motivée du patient	- problématique psychologique prédominante



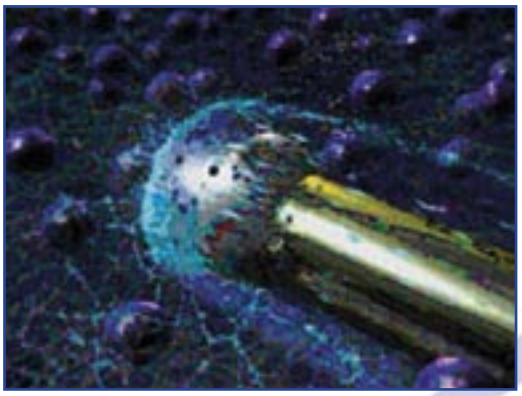
Dr Eugène Camerman
Dr Denis Lemaitre

Rendez-vous à prendre dans le service de médecine physique et réadaptation

Site 2 Alice :
Tél. : 02/373.47.60

Site St-Michel :
Tél. : 02/737.85.21

La nucléoplastie discale décompressive par coablation



Electrode de nucléoplastie.

INTRODUCTION

Les douleurs lombaires et lombosciatiques sont des douleurs extrêmement fréquentes dans la population générale ; elles motivent au moins une consultation médicale chez environ 80 % des Belges.
Diverses origines étiopathogéniques peuvent expliquer ces douleurs au sein desquelles la pathologie du disque intervertébral occupe une place majoritaire.
La chirurgie du rachis se révèle décevante, avec un taux d'échec post-opératoire qui reste élevé, entre 20 et 30 % selon les études, au point d'en avoir créé un syndrome : le FBSS *(Failed Back Surgery Syndrome)*. Dans ce syndrome, la chirurgie est souvent parfaitement réussie mais les espérances que le patient y avait mises sont «ratées» avec des douleurs post-opératoires inchangées, voire exacerbées.

Les **techniques mini-invasives** deviennent de plus en plus populaires dans le traitement des douleurs lombaires ou lombosciatiques mettant en cause une discopathie lombaire.
Le but est de traiter le disque intervertébral tout en gardant au mieux sa fonction d'amortir les chocs au sein de la colonne lombaire et en respectant la répartition des forces au niveau de l'axe vertébral.
La **nucléoplastie discale décompressive par coablation** est une technique mini-invasive combinant coagulation et ablation au sein du nucleus discal grâce à l'utilisation de radiofréquences bipolaires. La coablation réalise une dissociation moléculaire des tissus discaux par une couche ionisée (le plasma) permettant la création d'un tunnel au sein du nucleus discal avec un contrôle thermique entre 40° et 70°C à l'extrémité de l'électrode bipolaire. Cette tunnellisation entraîne une *décompression mécanique* intra-discale ayant pour conséquence une facilitation du retour spontané de la hernie ou de la protrusion discale vers le disque intervertébral.
La génération de chaleur lors de la coablation provoque également un *effet biochimique*, entraînant une réduction du taux intra-discal des interleukines 1, médiateurs chimiques incontournables de l'inflammation. Par ailleurs, on peut également observer une augmentation de la concentration de l'interleukine 8 dans le disque traité. L'interleukine 8 est un médiateur anabolique favorisant la prolifération et la différenciation fibroblastiques et donc la régénération du disque intervertébral.

INDICATIONS

Les indications de la nucléoplastie décompressive par coablation sont le syndrome lombalgique et le syndrome lombosciatique discogéniques.

Le syndrome lombalgique discogénique

Les douleurs lombalgiques sont des douleurs lombaires pures qui présentent diverses origines dont dans 40 % des cas, une origine discale : on parle alors de *lombalgies discogéniques*.
Les disques intervertébraux sont des « coussinets » servant à amortir les chocs entre les vertèbres ; ils sont composés d'un noyau gélatineux (*le nucleus pulposus*) entouré d'une enveloppe multilamellaire fibreuse. La douleur lombalgique est une véritable inflammation accompagnée d'une augmentation des concentrations intra-discales de l'interleukine 1, de cytokines et du TNF alpha ; ces substances provoquent l'irritation d'une néo-innervation nociceptive induite par une déchirure annulaire.
Les douleurs lombaires discogéniques sont difficiles à diagnostiquer. Les symptômes cliniques et l'imagerie radiologique par RMN sont primordiaux.
A la RMN, la valeur prédictive de la présence d'une discopathie (hypersignal en T2) varie du simple au double selon les auteurs. La présence d'une atteinte inflammatoire des plateaux vertébraux de type Modic 1 signe une discopathie qui est néanmoins trop avancée pour être traitée par nucléoplastie.
Le meilleur test prédictif reste encore à l'heure actuelle

Discographie L4-L5 vue de profil.

Position intra-discale de l'électrode de nucléoplastie.

la *discographie* avec test de provocation de la douleur habituellement ressentie par le malade (en provoquant une augmentation subite de la pression intra-discale) mais cette technique possède également ses limites.

Le syndrome lombosciatique discogénique

La lombosciatique est une douleur provoquée par l'irritation d'une racine du nerf sciatique par une excroissance ou une sténose osseuse, ou par un disque intervertébral présentant une herniation (hernie discale) et/ou une protrusion (bulging discal) postérieures de son contenu.
Le diagnostic est posé par l'examen clinique et neurologique, l'électromyographie et l'imagerie médicale (scanner et RMN).
Le traitement doit rester dans la grande majorité des cas (85 à 90 %) non chirurgical.
La douleur n'est jamais (sauf dans une forme hyperalgique) une indication médicale pour une chirurgie : le patient est seul face à sa décision chirurgicale en toute connaissance de cause.

MÉTHODE

Le patient est placé en position ventrale. Une aiguille 17Gauge est positionnée à l'entrée du disque intervertébral à traiter sous contrôle radioscopique. L'électrode bipolaire est introduite dans l'aiguille 17Gauge en activant l'ablation au mouvement aller et la coagulation au mouvement retour. Douze canaux sont ainsi créés dans le noyau discal en tournant l'électrode dans le sens horaire avec un arrêt à chaque heure. La durée totale du traitement est de 20 minutes par niveau discal. Cette technique se réalise sous anesthésie locale et le patient quitte l'hôpital après 1 heure.

CRITÈRES DE SÉLECTION

- Douleurs discogéniques lombaires ou lombosciatiques ;
- douleurs évoluant depuis plus de 3 mois avec échec du traitement conservateur ;
- hauteur intervertébrale minimale de 50 % ;
- hernie (et/ou bulging discal) comblant maximum 30 % du canal lombaire et non exclue ;
- absence de remaniement fibro vasculaire de type Modic 1.

RÉSULTATS

Selon les études, les patients sont améliorés dans 48 % à 80 % des cas. Le traitement pour des douleurs lombosciatiques semble de meilleur pronostic que pour des douleurs lombaires pures. Aucune complication majeure (lésions nerveuses ou vasculaires) n'a été rapportée.

CONCLUSIONS

La nucléoplastie discale décompressive par coablation représente une bonne alternative pour un patient chez qui une indication chirurgicale a été posée.
Cette technique mini-invasive n'est actuellement pas remboursée en Belgique, contrairement à d'autres pays européens. Cette technique est trop récente pour disposer de résultats à long terme mais les suivis actuels sont déjà très prometteurs.

Dr Serge Prudhomme
Anesthésiologie
Site 2 Alice
02/373.46.19

Arthrosurface :

un tout nouveau concept dans le traitement de l'arthrose

« Une équipe de chirurgiens orthopédistes du site Ste-Elisabeth oeuvre en vue d'améliorer la technique 'arthrosurface'... »

L'arthrosurface n'est pas une nouvelle technique quelconque mais une innovation susceptible de traiter l'arthrose et les lésions cartilagineuses.

Elle permet d'éviter le remplacement d'une articulation dans sa totalité par une prothèse chez des patients trop jeunes pour subir une telle intervention et ayant un niveau d'activités trop important. L'avantage médico-économique réside dans la revalidation et l'hospitalisation de très courte durée (arthrosurface 2 jours ; prothèse de hanche 7 jours ; prothèse de genou 10 jours).

En outre, si cela s'avère nécessaire ultérieurement, l'articulation douloureuse pourra toujours être remplacée par une prothèse. « On ne brûle donc pas les ponts derrière soi » !

Pour traiter l'arthrose, l'orthopédiste dispose des moyens suivants :

- le traitement conservateur par kinésithérapie, médications antalgiques et anti-inflammatoires, appareillages (appareils de kiné, semelles orthopédiques, etc.) ;
- les transplantations cartilagineuses, préconisées chez les patients jeunes (moins de 30 ans) ;
- le remplacement de l'articulation et l'implantation d'une prothèse, de hanche ou de genou, chez les patients plus âgés (plus de 65 ans).

En outre, de nombreux patients, âgés de 40 à 65 ans, présentent une lésion cartilagineuse invalidante pour laquelle il n'existait pas, jusqu'à présent, de solution adaptée. Une prothèse (ou une articulation artificielle) n'est pas indiquée chez ces patients actifs, étant donné leur niveau d'activités et la longévité de la prothèse.

Prothèse du genou.

L'Arthrosurface permet de remplacer uniquement la zone de lésion cartilagineuse en conservant le reste de l'articulation encore intact.

En voici deux exemples :

Genou

Fig.1

Une patiente de 48 ans présente progressivement une gêne douloureuse au niveau du genou. La mise au point démontre que cette gêne est provoquée par une lésion cartilagineuse située à hauteur du fémur, au niveau du compartiment interne du genou. Cette lésion a une superficie de l'ordre d'une pièce de 50 euro cent. Le compartiment externe et la rotule sont intacts. Un traitement conservateur n'apporte aucune amélioration (Fig. 1).

L'« Arthrosurface » nous permet de procéder uniquement au remplacement de la partie endommagée de la surface cartilagineuse : introduction d'une plaquette métallique possédant la même courbure et les mêmes mensurations que la partie de la surface cartilagineuse à remplacer et fixation dans l'os au moyen d'une vis Titanium (Fig. 2).

Fig. 2

L'Arthrosurface est réalisée en procédant à une petite incision, permettant au patient d'entamer des exercices le jour même. Dès le lendemain, il peut prendre appui. Deux jours après l'intervention, il peut rentrer à domicile.

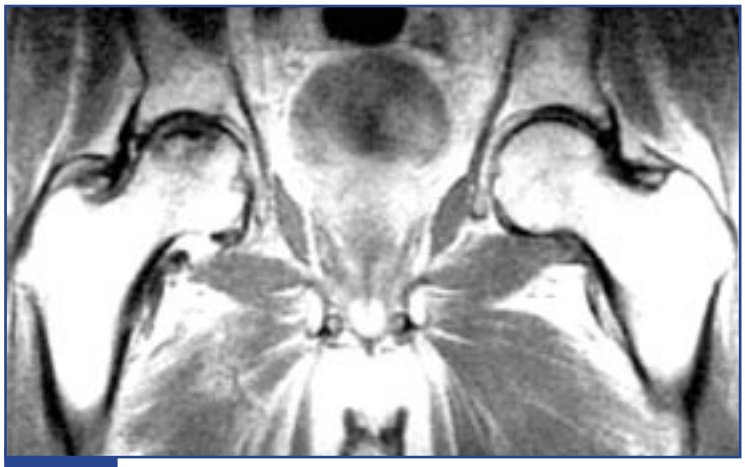


Fig. 3

Hanche

Un patient de 50 ans développe une nécrose avasculaire de la tête fémorale. Plusieurs affections (par exemple, la goutte, le diabète, la prise de cortisone) peuvent occasionner une diminution partielle de l'apport sanguin au niveau de la tête fémorale, générant une déformation à cet endroit. Les patients se plaignent de douleurs, de claudication et sont aussi (tenant compte de leur âge) limités dans leurs activités quotidiennes (Fig. 3).

Jusqu'à ce jour, la solution résidait dans le remplacement de l'articulation de la hanche en plaçant une prothèse avec implantation d'une tête métallique et d'un cotyle en matière plastique spécifique.

L'arthrosurface permet de remplacer uniquement la partie affectée de la tête (Fig. 4).

La zone affectée est remplacée par une plaquette présentant la même courbure que la tête fémorale.

Fig. 4

Autres articulations

L'épaule (et bientôt, la cheville) peut bénéficier de la même technique (Fig. 5).

Les Drs Filip Natens et Marc Bosquet contribuent au développement de cette technique et à son introduction au Benelux. Ce développement s'effectue en collaboration avec la firme B&CO, Mustaardstraat 47, B-9550 Herzele.

Dr Philippe Natens

Dr Marc Bosquet
Chirurgie orthopédique
Sites Ste-Elisabeth - 2 Alice
02/373.17.20

Epaule.

Fig. 5

B&CO Hospital | Member of B&co

IMRT

IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy), une nouvelle technique de radiothérapie, disponible aux Cliniques de l'Europe.

La **radiothérapie d'intensité modulée** est une thérapeutique de haute précision permettant d'irradier les tumeurs de manière sélective pour obtenir une différence de dosage plus importante entre la tumeur et les tissus avoisinants par rapport aux techniques conventionnelles.
Par le biais de l'IMRT, les tissus sains sont mieux protégés ; ceci implique, d'une part, une diminution de l'importance des effets secondaires et, d'autre part, une possibilité d'administration de doses plus élevées sur la tumeur, laissant espérer un meilleur contrôle de celle-ci et un taux plus élevé de survie. Les principaux champs d'application de cette technique sont les carcinomes prostatiques, les tumeurs gynécologiques, les tumeurs au niveau de la tête et du cou ainsi que les tumeurs rectales.

Récemment, un important investissement financier a été réalisé dans le service de radiothérapie pour l'achat du module IMRT et pour la modernisation de l'appareil de radiothérapie et de l'appareillage périphérique correspondant. Aussi, depuis le début de cette année, notre clinique est la première, parmi les autres institutions privées bruxelloises, à utiliser l'IMRT dans les carcinomes prostatiques et les tumeurs rectales.
D'autres indications de l'IMRT seront développées plus amplement au sein du service dans les années à venir.

Dr Marina Debecker
Oncologie - Radiothérapie
Site 2 Alice
02/373.47.58

Cure de hernie par laparoscopie
(approche mini-invasive)

La réparation des hernies par laparoscopie se pratique depuis dix ans et près de 2000 patients ont été opérés par cette technique qui a comme caractéristiques :

- un court séjour en clinique (1-2 nuits) ;
- peu de douleur et d'invalidité physique ;
- une reprise rapide des occupations ;
- des efforts physiques lourds et sports déjà autorisés après 3 semaines ;
- un taux de récidive de moins de 5 %.

Le patient entre en clinique la veille de l'opération pour faire ses examens préopératoires et être examiné par l'anesthésiste. Le patient est rasé et il vide sa vessie juste avant l'opération. Celle-ci se pratique sous anesthésie générale et dure 45 minutes.
Le chirurgien effectue trois petites incisions (5 mm, 5 mm, 10 mm) sur l'abdomen en-dessous du nombril, par lesquelles il introduit la caméra, les instruments et la prothèse enroulée. Le contenu de la hernie est repositionné dans l'abdomen et la hernie est réparée en intercalant une prothèse (filet) de 15×12 cm qui est déployée entre deux couches de la paroi abdominale. Si le patient le souhaite, il peut rentrer à domicile le soir même avec comme seul traitement des antidouleurs (paracétamol) à prendre si nécessaire.

Les fils de suture cutanée peuvent être enlevés aux alentours du 10ème jour post-opératoire. En attendant, le patient peut se doucher avec des pansements plastifiés étanches qu'il peut conserver jusqu'à l'ablation des fils. Une activité physique normale (escaliers, voiture) est autorisée immédiatement. Il est recommandé d'attendre trois semaines avant de faire du sport et des efforts lourds (soulever > 10 kg).

Les suites opératoires normales comportent toujours :

- un ballonnement abdominal pendant deux semaines ;
- des plaies qui restent dures pendant plusieurs mois.

Le patient ne doit pas s'inquiéter s'il présente transitoirement :

- une ecchymose des organes génitaux qui disparaît après deux semaines ;
- une « boule » de la même taille et à l'endroit même où se situait la hernie.
  A l'inverse d'une hernie, cette « boule » est dure, indolore et ne peut pas être repoussée à l'intérieur. Il ne s'agit pas d'une récidive mais simplement de liquide qui se met dans la loge qu'occupait la hernie. Cette « boule » disparaît spontanément sans traitement après deux mois.
- une sensibilité des bourses au frottement qui disparaît endéans le mois et ne justifie que la prise éventuelle d'antidouleur.
- de rares lancements fugaces à l'aine lors d'efforts au cours des trois premiers mois.

Dr Serge Landen
Chirurgie digestive et laparoscopique
Site Ste-Elisabeth
02/373.17.20

Le service de radiothérapie-oncologie des Cliniques de l'Europe prend son envol

Depuis le mois de novembre 2001, notre clinique propose la brachythérapie de la prostate consistant en l'implantation de grains radioactifs dans le tissu prostatique en cas de carcinome localisé (cf. Euroscoop n° 1), comme traitement alternatif de la prostatectomie radicale. Une excellente collaboration avec le service d'Urologie nous a déjà permis de traiter plus de 200 patients et contribue au développement et au perfectionnement de cette technique.
Cette évolution n'est pas passée inaperçue dans le monde médical. En interne et parmi les communautés urologiques et radiothérapeutiques de Belgique, des signes manifestes d'appréciation nous sont parvenus.
De nombreux urologues et radiothérapeutes d'autres centres ont suivi les interventions avec intérêt et certains ont adopté la procédure que nous avions élaborée. Notre service a aussi été sollicité de manière spontanée par certains centres pour travailler en étroite coopération. Des contrats de collaboration ont été établis avec les services d'urologie de trois cliniques, l'AZ Jan-Portaels de Vilvoorde, la Heilig Hartziekenhuis de Leuven et la Sankt-Nikolaus Krankenhaus d'Eupen. Au sein de chacune de ces cliniques, les patients sont traités par une équipe pluridisciplinaire réunissant l'urologue local, un radiothérapeute et un physicien des Cliniques de l'Europe.

Les urologues locaux nous livrent les motifs de cette collaboration avec notre équipe :

« *Met hun specifiek gemodificeerde ...* »

Dr. Alex Breugelmans – *urologie H. Hartziekenhuis – Leuven*

Traduction : *« Le traitement d'un carcinome prostatique, diagnostiqué précocement, par brachythérapie modifiée spécifique entraîne des effets secondaires nettement moindres par rapport à une prostatectomie radicale, mais présente des résultats de pronostic équivalents. La technique élaborée par les collègues Salembier et Rijnders est nettement plus minutieuse et rapide que la plupart des autres méthodes, sans toutefois modifier les hautes exigences de sécurité et efficacité, préconisées en médecine. »*

Dr. Alex Breugelmans – *urologie H. Hartziekenhuis – Leuven.*

« *Gründe der Zusammenarbeit ...* »

Dr. Frank Jacob – *urologue – Sankt-Nikolaus Krankenhaus – Eupen.*

Traduction : *Motifs de collaboration :*

1. le souhait de travailler avec un partenaire probant ayant une grande expérience en brachythérapie ;
2. le souhait de travailler avec un partenaire ayant une connaissance exceptionnelle de la médecine et traitant les patients avec sérieux ;
3. la confiance dans leur manière de penser ;
4. la « chimie » humaine concorde et est « large d'esprit ».

Dr. Frank Jacob – *urologue – Sankt-Nikolaus Krankenhaus – Eupen.*

Sur le plan international, l'évolution ultérieure de notre technique et les résultats favorables obtenus ont également été mis en évidence. La firme Oncura, l'un des leaders de l'évolution du matériel radioactif, nous a sélectionnés, parmi quatre centres de référence européens, pour élaborer un DVD relatif à cette méthode. Lors de congrès et de formations continues, ce DVD est distribué au sein de la communauté urologique et radiothérapeutique internationale. Après avoir visualisé ce matériel, un centre de Durban (Afrique du Sud) a opté pour notre technique ; nous y fûmes invités en février pour traiter ensemble les quatre premiers patients.
Tous ces signes d'appréciation, les bons résultats et la satisfaction des patients traités nous stimulent à poursuivre dans cette voie.

Dr Carl Salembier
Oncologie – radiothérapie
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice – St-Michel

Mr Alex Rijnders
Physicien
Site 2 Alice

Le site Ste-Elisabeth se dote d'un « centre de l'obésité »

Dr Serge Landen
Dr Koen Van Belle
Chirurgie abdominale et laparoscopique
Centre de l'Obésité

Le premier anneau gastrique ajustable fut posé en 1995 à la clinique Ste-Elisabeth.
Depuis lors, de nombreux patients ont bénéficié du bien-être physique et psychologique que procurent ces interventions chirurgicales. En plus des anneaux gastriques qui restreignent la quantité d'aliments pouvant être ingérés, nous pratiquons chez certains patients des techniques mixtes (bypass gastrique) ou des techniques qui réduisent la capacité d'absorption des aliments par l'intestin (diversion biliopancréatique).

Jusqu'à présent, le suivi était assuré par le chirurgien lui-même aidé d'une diététicienne et si nécessaire d'un psychologue.
Depuis cette année, la prise en charge du patient obèse est effectuée par une équipe multidisciplinaire composée de chirurgiens, diététiciennes, psychologues, internistes, pédiatres, gastro-entérologues et physiothérapeutes, chaque membre ayant reçu une formation spécifique à l'obésité. Les objectifs de l'équipe sont : évaluer les patients candidats à la chirurgie, assurer le suivi des opérés, proposer des alternatives aux patients non candidats à la chirurgie et jouer un rôle de prévention destinée surtout aux enfants et adolescents.

A l'avenir, nous prévoyons d'organiser des journées « portes ouvertes » où médecins généralistes et futurs patients pourront s'informer et recueillir des témoignages d'anciens opérés de Ste-Elisabeth. Ainsi, nous espérons répondre à la demande croissante de nos médecins généralistes pour un soutien dans la gestion de leurs patients obèses y compris les enfants et adolescents.

A l'occasion de l'inauguration du « centre de l'obésité » sur le site Ste-Elisabeth, il nous est paru opportun de vous présenter les hommes et femmes qui composent cette nouvelle équipe, ainsi que leur domaine d'activité.

Dr Serge Landen
Coordinateur du Centre de L'Obésité

La chirurgie de l'obésité

Avec 25 % de la population qui présente une surcharge pondérale, l'obésité se profile comme un des défis sanitaires majeurs des années à venir. En effet, il est actuellement bien démontré que l'obésité est dommageable pour la santé par la diminution de l'espérance de vie et de la qualité de vie qu'elle entraîne. L'obésité a également un coût élevé pour notre système de santé publique.

L'interdiction des médicaments coupe-faim et la médiocrité des résultats obtenus par les régimes ont contribué au développement de la chirurgie de l'obésité, en plein essor surtout depuis l'avènement des techniques mini-invasives. Sans prétendre être la solution miracle, il n'en reste pas moins que, pour les obésités sévères, la chirurgie est le seul traitement efficace dont on dispose actuellement. Les critères de sélection actuellement retenus pour une chirurgie bariatrique sont repris dans le tableau 1.

Tableau 1 : Chirurgie de l'obésité

INDICATIONS
BMI > 40 ou 35-40 si comorbidités
Age (18 ? – 65 ans)
Obésité depuis > 5 ans
Echec de régimes
Absence pathologie endocrinienne
Risque opératoire acceptable

Il est probable qu'à l'avenir, cette chirurgie puisse être étendue à certains adolescents et patients dont l'indice de masse corporelle est inférieur à 35. Les critères d'exclusion (tableau 2) sont importants à respecter, particulièrement dans les techniques dites restrictives.

Tableau 2 : Chirurgie de l'obésité

CRITÈRES D'EXCLUSION
Assuétudes
Pathologie psychiatrique décompensée
Déficit intellectuel
Attentes irréalistes

Parmi les techniques chirurgicales il y a :

- celles qui réduisent la quantité d'aliments que le patient est capable d'avaler : l'**anneau gastrique** ajustable (gastroplastie) entre dans cette catégorie ;
- celles qui réduisent la capacité d'absorption des aliments par l'intestin, la plus connue étant la **diversion biliopancréatique** ;
- le **bypass gastrique** qui est une technique mixte.

L'**anneau gastrique** (Fig. 1) a pour avantage de ne nécessiter qu'une opération simple pour sa pose, le plus souvent par chirurgie mini-invasive. Par ponction percutanée du réservoir sous-cutané en consultation, il peut être serré ou desserré, en fonction de l'amaigrissement et de la tolérance alimentaire. Le patient peut ainsi espérer perdre environ 50 % de son excès de poids après 2 ans. Comme désavantage, on retient un taux d'échec de 20 % dû à des problèmes techniques et/ou un manque de discipline alimentaire du patient. Une sélection et un suivi régulier des patients sont susceptibles de réduire ce taux d'échec. Souvent, on note une difficulté à digérer la viande rouge, le pain frais et les pâtes, pouvant conduire à des carences en fer à long terme. Jusqu'à présent, le coût de l'anneau reste à charge du patient.

Le **bypass gastrique** (Fig. 2) est une technique chirurgicale mixte qui réduit la capacité de l'estomac et la longueur d'intestin utile pour la digestion. Bien que pouvant se faire par chirurgie mini-invasive, cette technique est plus longue et difficile que la précédente et comporte un risque accru de complications. Après cette opération, des suppléments journaliers de fer, calcium, vitamine B12 et multivitamines doivent être pris à vie. Elle s'adresse plutôt aux patients les plus obèses, à ceux qui consomment beaucoup de sucreries et à ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas tolérer des contraintes alimentaires. Elle peut aussi être envisagée après échec de gastroplastie (anneau gastrique). Ses résultats sont meilleurs que ceux de l'anneau gastrique et le patient peut espérer perdre 70-80% de son excès de poids endéans les 2 ans. Son action sur la satiété semble plus physiologique que celle obtenue avec l'anneau gastrique, permettant au patient de maigrir sans devoir limiter consciemment son alimentation.

La **diversion biliopancréatique** (Fig. 3), associée parfois aux termes « Scopinaro, duodenal switch ou sleeve gastrectomy », est une technique qui obtient un amaigrissement par malabsorption des aliments.
Cette technique a les mêmes indications que celles du bypass gastrique et elle est réservée aux patients les plus réfractaires. Elle est très efficace puisqu'elle permet une rapide perte d'excès pondéral d'environ 80 % au cours de la première année postopératoire. Les effets secondaires principaux sont les 2-4 selles molles et malodorantes par jour et les flatulences que présentent souvent les patients. Plus encore qu'avec le bypass gastrique, il est important de prendre des suppléments de fer, calcium, vitamine B12, et multivitamines mais aussi de la vitamine D et des suppléments en protéines. Un suivi médical et diététique rigoureux est indispensable à vie.

Concomitamment à la perte de poids, le diabète, l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie dont souffrent beaucoup d'obèses disparaissent rapidement. Maux de dos et de genoux s'améliorent et l'essoufflement à l'effort s'estompe, ce qui permet au patient de reprendre une activité physique. Sur le plan psychologique, on note une meilleure estime de soi et souvent une vie sociale et professionnelle plus satisfaisante.

Dr Serge Landen
Dr Koen Van Belle

Fig. 1

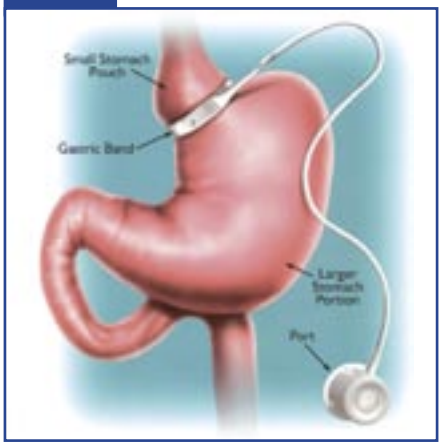


Fig. 2

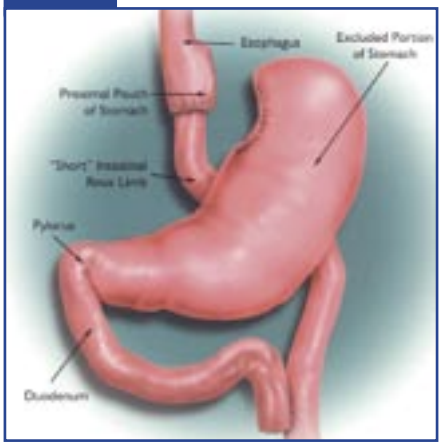
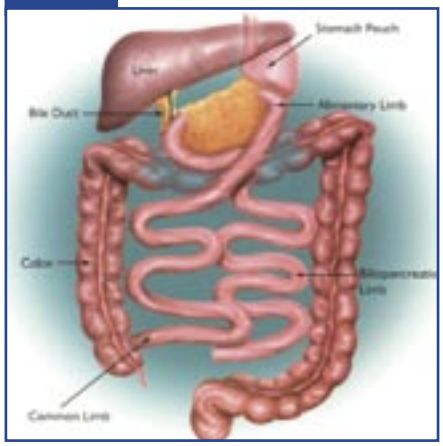


Fig. 3



Les Cliniques de l'Europe site St-Michel déclarent la guerre à l'obésité !

Dr Marc Vertruyen
Chirurgie digestive laparoscopique et chirurgie de l'obésité
Site St-Michel

Le site St-Michel accueille l' « Eurobesity Center » qui propose une politique de prise en charge complète et durable de l'obésité.

Pourquoi ?

L'obésité est le trouble métabolique le plus fréquemment rencontré en Belgique et dans les pays occidentaux. Cette pathologie affecte pas moins de 20 % de la population et est responsable d'une augmentation du risque d'affections :

- métaboliques (diabète, hypercholestérolémie) ;
- cardiovasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde) ;
- respiratoires (asthme, apnée du sommeil) ;
- rhumatologiques (arthrose, hernie discale) ;
- néoplasiques (cancer du sein, de l'œsophage) ;
- psychologiques (dépression).

L'obésité cause également une marginalisation du patient dans son contexte professionnel et modifie les rapports au sein de sa cellule familiale.

Un traitement efficace de l'obésité doit permettre d'obtenir une perte de poids significative et surtout de maintenir celle-ci à long terme. La base de toute prise en charge d'un patient obèse doit s'atteler à modifier son comportement alimentaire. Ce trouble du comportement trouve son origine dans un subtil mélange de facteurs héréditaires, génétiques, environnementaux et psychologiques.

Un traitement médical diététique est le premier échelon à proposer aux patients obèses. Il allie un régime hypocalorique à des exercices physiques.

Malheureusement, ce traitement médical isolé échoue dans 85 % des cas, pour 2 raisons essentielles :

1. **la durée d'un régime** : la contrainte d'un régime diététique, même bien équilibré, est difficile à soutenir pendant une longue période par un patient obèse ;
2. **la faim** : une sensation grandissante et difficilement contrôlable de faim va rapidement pousser ces patients à replonger dans leurs anciennes habitudes. En effet, c'est par leur unique volonté qu'ils devront lutter contre leurs pulsions de boulimie.

Le patient va non seulement reprendre le poids perdu mais, le plus souvent, dépassera largement son poids initial. Ainsi, il est établi, à l'heure actuelle, qu'un traitement diététique isolé est inefficace dans le traitement à long terme de l'obésité morbide.
Aussi avons-nous décidé de mettre sur pied une stratégie à différents échelons alliant traitement diététique alimentaire de fond, chirurgie bariatrique et suivi de proximité. La réussite d'un tel programme dépend bien sûr de la qualité et de la sécurité de l'intervention mais les bénéfices à long terme ne peuvent être garantis que par des consultations fréquentes de bilan diététique et de renforcement psychologique du patient. Jusqu'à présent, ceci était pris en charge par l'équipe multidisciplinaire du site St-Michel comprenant :

- **Dr Vertruyen** *Chirurgie laparoscopique de l'obésité*
- **Dr Hoebers** *Anesthésiologie*
- **Dr Staumont** *Radiologie*
- **Dr Paul** *Gastroentérologie*
- **Dr Humblet** *Médecine Interne et Endocrinologie*
- **Mme Norkiewicz** *Diététique*
- **Mme Martin** *Diététique*

Néanmoins, certains patients éprouvent parfois des difficultés à revenir régulièrement à l'hôpital en raison d'une certaine appréhension des établissements de soins de santé. On entend encore souvent : « Je ne vais à l'hôpital que si je suis malade ! ». Des patients venant de l'autre côté de la capitale, voire même de provinces éloignées, peuvent rencontrer des difficultés à se déplacer. Ainsi a germé l'idée

d'une collaboration plus étroite entre praticiens hospitaliers et médecins généralistes de proximité, les uns assurant la première partie du traitement et les seconds le suivi à long terme de l'affection. Les médecins traitants sont, par définition, plus proches, plus disponibles et mieux informés du contexte socio-économique des patients.
L' « Eurobesity Center » est né.

Pour qui ?

Les patients entrant en ligne de compte pour un traitement chirurgical bariatrique traînent souvent derrière eux un long passé de régimes multiples, parfois des plus farfelus, ainsi que des périodes de prise médicamenteuse dont les vertus miraculeuses sont vantées dans les publicités. Ce sont fréquemment des patients « au bout du rouleau » qui désirent apporter une solution définitive à leur problème, remontant parfois à la prime enfance. Avant toute considération de poids et taille, de critères ou non d'acceptation, il est important d'écouter leur discours et d'en apprécier toute la détresse. Certes, des calculs d'excès pondéral sont nécessaires pour juger de la gravité de l'obésité. Mais le dialogue avec le patient est primordial pour déterminer sa motivation et sa capacité future à adhérer pleinement à un traitement pluridisciplinaire.
Les critères d'acceptation pour un traitement chirurgical les plus souvent invoqués et surtout retenus par les compagnies d'assurance sont le **Body Mass Index** (BMI).

$$\text{BMI} = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille 2 (m}^2\text{)}}$$

L'**obésité morbide** est considérée **à partir d'un BMI de 40 kg/m²**.
Un BMI supérieur à 35 kg/m² est accepté s'il s'assortit de la présence d'un facteur de comorbidité comme le diabète, l'hypertension, l'apnée du sommeil ou l'arthrose démontrée radiologiquement.

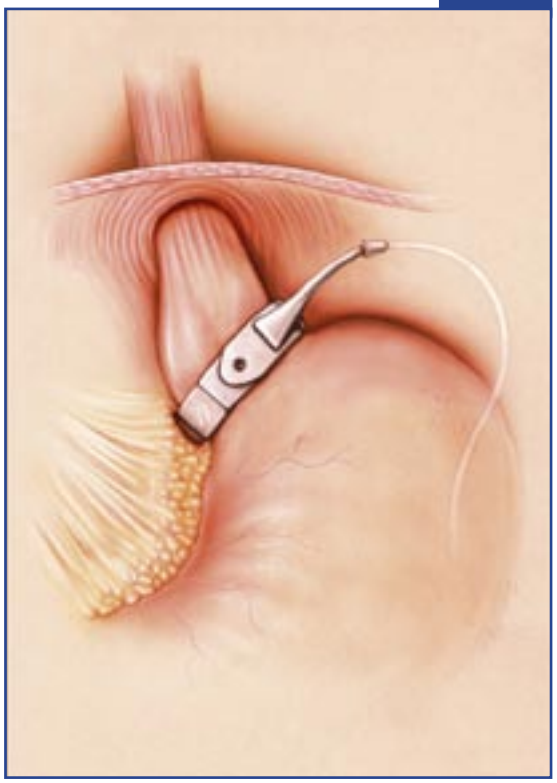
La critique à formuler à l'égard de ce critère est la prépondérance accordée à la taille. En effet, dès que le patient présente une grande taille, le facteur au carré l'oblige à atteindre un poids considérable, voire dangereux, pour pouvoir accéder à une aide chirurgicale. Le respect stricto sensu de ce critère peut conduire à des situations caricaturales voire dramatiques. Refuser d'aider un patient parce qu'il « ne pèse que 110 kgs » et que le calcul du BMI lui en impose 120 peut souvent pousser ce dernier à persévérer dans ses excès alimentaires afin d'atteindre le seuil d'acceptation.
Ainsi, sur le site St-Michel, le Dr Vertruyen préfère se baser sur un panel élargi de données pour poser ses indications opératoires. Ces données tiennent compte de l'historique d'installation de l'obésité, de la rapidité d'évolution au cours des dernières années, des traitements antérieurs déjà utilisés et surtout de la motivation à accepter non seulement une aide chirurgicale mais surtout tout un programme de prise en charge à long terme.

L'âge d'éligibilité est également au centre de la controverse. Est-il logique de refuser d'aider un adolescent de 14 ans mesurant 1m80 et pesant 150 kgs, issu d'une famille d'obèses et dont la détresse psychologique due aux regards des autres peut aller jusqu'à des pulsions suicidaires ? Et ceci parce qu'il n'a pas 18 ans ? Ces cas particuliers nécessitent une approche personnalisée et surtout parentale du patient. A l'inverse, une « mammie enrobée, bon pied bon œil » de 70 ans qui doit se gaver d'AINS pour une gonalgie particulièrement invalidante ne pourrait-elle pas bénéficier d'un traitement bariatrique a minima et retrouver ainsi son autonomie d'antan ?
Chaque cas est unique et doit retenir toute l'attention afin d'intégrer le plus de déterminants possibles dans la décision. Cette stratégie d'approche permet une sélection rigoureuse des patients et optimise les résultats à long terme.

Quel traitement ?

La technique chirurgicale proposée sur le site St-Michel par le Dr Marc Vertruyen est la mise en place, par laparoscopie, d'un anneau en silicone ajustable autour de la partie supérieure de l'estomac (fig. 1). Le but est de réaliser une partition de l'estomac avec la création d'une petite poche gastrique au-dessus de l'anneau. Le remplissage de celle-ci par des petites quantités alimentaires permet d'obtenir une sensation de satiété précoce. Ce dispositif s'attaque directement au mécanisme de la faim en redonnant à nouveau au patient des limites à ses excès alimentaires.

LapBand placé par laparoscopie. *Fig.1*



Les avantages en sont :

- la sécurité de l'intervention suite à une expérience personnelle d'environ 2000 cas ;
- le respect de la paroi abdominale, grâce à la laparoscopie (Fig. 2) ;
- le respect de l'intégrité de l'estomac ;
- les possibilités de réglage de l'anneau permettant un confort accrû et un contrôle permanent de la perte pondéral ;
- une mise en stand by du dispositif en cas de grossesse par ouverture totale du système ;
- la réversibilité totale si nécessaire par abord laparoscopique ;
- un court séjour d'hospitalisation : 24 heures.

Vue laparoscopique. *Fig.2*

Avec qui ?

Depuis le début de son activité au site St-Michel en avril 2000, le Dr Vertruyen s'est attelé à développer la prise en charge chirurgicale du patient obèse. L'expérience de la pratique lui a permis d'optimiser l'approche laparoscopique afin de proposer au patient un traitement agressif minimal. Mais le geste chirurgical seul n'est pas suffisant et ne constitue qu'un des volets de la prise en charge. Le suivi postopératoire d'un patient nécessite des visites régulières, des discussions fouillées et un constant renforcement de sa motivation. Si le site St-Michel a su se pourvoir des meilleurs atouts pour proposer un traitement chirurgical sûr et efficace, il n'en reste pas moins que c'est toujours un hôpital. Cet aspect institutionnel est encore source d'appréhension. Bon nombre de patients opérés dans le service viennent de province, voire de pays voisins, et un suivi en consultation engendre pas mal de soucis d'organisation. Ainsi est née l'idée d'optimiser la collaboration avec les médecins traitants afin de prendre en charge ce rôle à long terme.

D'autre part, d'innombrables patients n'ont pas de médecin traitant attitré. Dans ce cas, l'idée est, sur base d'une cartographie des généralistes participants, d'adresser directement ce type de patients à l'omnipraticien le plus proche de leur domicile.

Un projet de tables rondes régulières avec les confrères de terrain est actuellement à l'étude pour harmoniser cette stratégie. Un calendrier de réunions informelles à l'égard des patients est également en cours d'élaboration. Au cours de ces meetings, le patient pourrait s'informer, directement et gratuitement, auprès du chirurgien et des médecins généralistes.

Comment participer ?

Le Dr Marc Vertruyen est le coordinateur de l' « Eurobesity Center » du site St-Michel.
Il encourage tous les médecins traitants à participer à ce projet d'envergure.
A court terme, un site Internet sera publié sur le web (www.eurobesity.be) à l'attention des patients pour les informer des différents aspects du traitement. Une cartographie fréquemment mise à jour des omnipraticiens participants sera également à leur disposition.
Bon nombre de confrères généralistes approchés téléphoniquement ont marqué leur intérêt pour cette expérience pilote.
Le Dr Vertruyen est à votre entière disposition pour tous renseignements complémentaires.

Revue de Presse

Complications of gastric banding presenting to the emergency department
Serge Landen et al. American Journal of Emergency Medicine 2005;23:368-370.

Anneau gastrique : Attention aux complications méconnues !

Dr Serge Landen
Coordinateur du Centre de l'Obésité
Site Ste-Elisabeth

Depuis 1993, date à laquelle cette technique a commencé à être pratiquée par laparoscopie, plus de 200.000 patients de par le monde ont été opérés d'un anneau gastrique ajustable.

Le grand avantage de cette technique est sa sécurité car elle ne nécessite qu'une intervention simple et de courte durée pour la pose de l'anneau. Cependant, les complications tardives sont fréquentes et surviennent chez 10-20 % des opérés après plusieurs mois ou années. Ces complications sont habituellement bénignes et ne nécessitent parfois que le desserrement de l'anneau.

Dans d'autres cas, il est nécessaire de repositionner l'anneau chirurgicalement ou même de l'enlever, le plus souvent par laparoscopie. Concomitamment à l'introduction de l'anneau gastrique ajustable, sont apparues des complications nouvelles, spécifiques à la technique et jusqu'alors inconnues du corps médical, les chirurgiens bariatriques mis à part. Bon nombre de ces patients consultent d'abord leur médecin de famille ou se présentent aux urgences avec des symptômes qui peuvent être trompeurs et donner le change pour une affection cardiothoracique.

Il peut en résulter un retard diagnostique avec de graves conséquences médicales voire légales. L'article des Cliniques de l'Europe, site Ste-Elisabeth, publié récemment dans l'American Journal of Emergency Medicine, a pour but de familiariser les médecins urgentistes aux complications de l'anneau gastrique et à la gestion de celles-ci afin d'éviter les retards diagnostiques préjudiciables aux patients. Il a également suscité un intérêt dans la presse populaire américaine et a fait l'objet d'une analyse commentée dans Merck Medicus.

Un cas vécu sur le site Ste-Elisabeth illustre bien l'importance d'une prise en charge adéquate. Il s'agit d'une femme de 45 ans opérée dans un autre hôpital trois ans auparavant.

Elle se plaint depuis 48 heures de douleurs rétrosternales transfixiantes. Adressée aux urgences médicales d'un hôpital bruxellois, on soupçonne un infarctus du myocarde ou une embolie pulmonaire. Les examens comprenant prise de sang, radiographie de thorax et angiopneumographie computérisée permettent d'exclure ces diagnostics. Transférée à Ste-Elisabeth, c'est seulement après une nouvelle anamnèse que la patiente mentionne ses antécédents de gastroplastie ainsi que l'apparition concomitante d'une dysphagie pour les solides !

La radiographie de l'œsophage (Fig. 1) montre une strangulation de la partie supérieure de l'estomac par l'anneau au travers duquel le produit de contraste ne passe plus. La gastroscopie révèle un début de nécrose muqueuse de la poche gastrique. L'anneau, qui ne contenait que 0,5 ml, est immédiatement dégonflé mais cela ne suffit évidemment pas à lever l'étranglement.

Fig.1

La patiente est donc opérée en urgence sous laparoscopie pour désagrafer l'anneau qui sera laissé en place

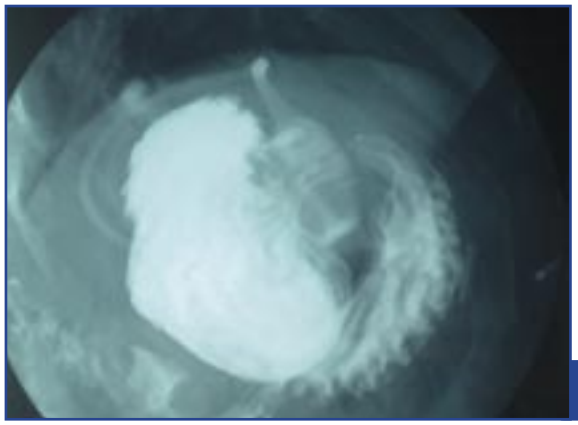


Fig. 2

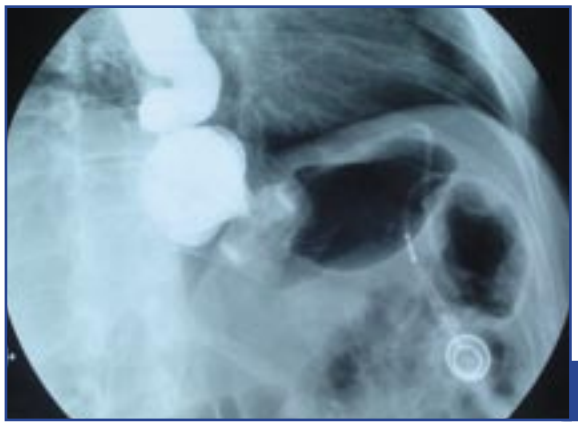


Fig. 3

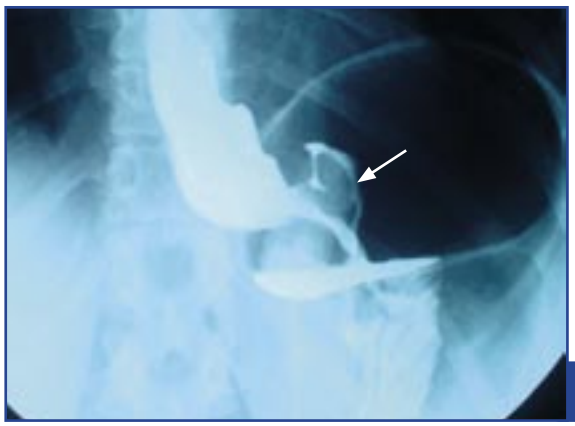


Fig. 4

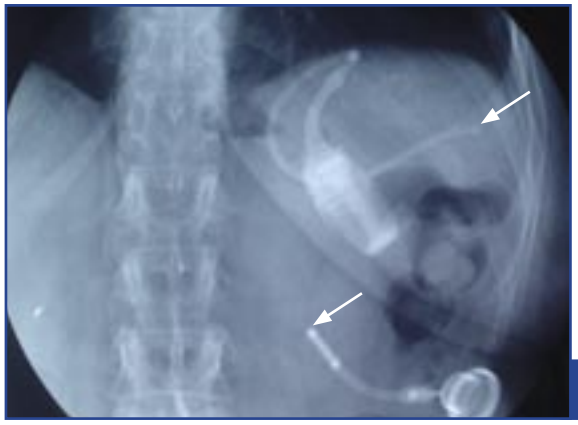


Fig. 5

autour de l'estomac. Nous attendrons la cicatrisation de la nécrose gastrique avant de repositionner l'anneau par laparoscopie quelques semaines plus tard.

La **nécrose gastrique par étranglement** est certes rare et représente la seule complication réellement grave de l'anneau gastrique, mais elle illustre bien les pièges diagnostiques ainsi que les retards de traitement à éviter. Il faut être attentif à tout symptôme abdominal supérieur ou thoracique chez ces patients et ne pas hésiter à recourir en urgence à une opacification oesogastrique et à une gastroscopie.

Parmi les autres complications, il y a le **glissement de l'estomac au travers de l'anneau**. Celui-ci se manifeste par une dilatation souvent asymétrique de la poche gastrique au-dessus de l'anneau (Fig. 2). Son incidence a diminué de 22 % à 5 % suite à l'amélioration de la technique chirurgicale et des protocoles de gonflement postopératoire de l'anneau. Le glissement se manifeste par de l'intolérance alimentaire, des vomissements, des régurgitations, du pyrosis et/ou des douleurs épigastriques. Attention ! Ce dernier symptôme peut déjà indiquer un risque de nécrose gastrique imminente. Dans un premier temps, l'anneau est complètement dégonflé, entraînant la disparition des symptômes. Comme il s'agit d'une déformation irréversible, il est nécessaire de repositionner chirurgicalement l'anneau par la suite.

La **dilatation concentrique de la poche gastrique et de l'œsophage** (Fig. 3) s'associe à des symptômes identiques à ceux rencontrés lors du glissement de l'estomac. Il s'agit cependant d'un état encore réversible après dégonflement complet de l'anneau et mise au repos de l'estomac pendant 2-3 mois. L'anneau peut ensuite être regonflé prudemment à un volume inférieur.

L'**érosion de la paroi gastrique** et la **migration progressive de l'anneau dans la lumière gastrique** surviennent chez 1 % des opérés. Le patient peut être asymptomatique ou ne signaler qu'une reprise de poids avec perte de la sensation de plénitude post-prandiale. Un signe pathognomonique de la migration intragastrique est l'infection du site d'implantation du réservoir sous-cutané. La radiographie montre, sur certaines incidences, le produit de contraste qui ruisselle au contact direct de l'anneau (Fig. 4) et la gastroscopie permet de visualiser la partie de l'anneau ayant migré dans la lumière gastrique. Le traitement, habituellement simple, consiste à enlever l'anneau par laparoscopie ou par gastroscopie.

Les autres complications, bénignes, concernent les **fuites et ruptures de la tubulure** qui relie le réservoir sous-cutané à l'anneau (Fig. 5) ainsi que le **retournement du réservoir dans son site sous-cutané**, ce qui empêche son accès par ponction à l'aiguille. Le diagnostic est assuré par une simple radiographie de l'abdomen et il suffit de reconnecter la tubulure ou de réimplanter le réservoir par une courte intervention éventuellement sous anesthésie locale.

L'intervention du psychologue au sein du centre de l'obésite

Isabelle André
Psychologie clinique
Site 2 Alice

A quels aspects de la vie de la personne obèse nous intéressons-nous ?

Outre ses effets sur la santé, l'obésité a souvent de lourdes conséquences sur la qualité de la vie quotidienne des personnes qui en souffrent. Parmi celles-ci : des difficultés de mobilité, la fatigue, la peur du regard des autres, la dévalorisation de l'image de soi, l'isolement social, le laisser-aller (hygiène corporelle), les troubles du comportement alimentaire (régimes, hyperphagie, noctophagie, accès boulimiques, grignotage,...) ainsi que des modifications de la vie sexuelle et professionnelle.
Ces phénomènes peuvent amener la personne à développer différents troubles tels que anxiété et/ou phobie sociale, symptômes dépressifs, idéation paranoïde, hypersensibilité émotionnelle,...

La gastroplastie a-t-elle une influence favorable sur ces différents facteurs ?

Oui. L'effet de celle-ci sur le vécu psychologique et social du patient est globalement positif. Elle permet une amélioration de la qualité de vie et de l'humeur dépressive, une diminution de l'anxiété et de l'hypersensibilité sociales ainsi qu'une amélioration de la vie relationnelle affective et sexuelle.

Concrètement, quelles peuvent être les répercussions de l'intervention sur la vie des patients ?

Tout d'abord, le patient va devoir modifier et limiter définitivement son comportement alimentaire. Ceci peut être frustrant mais est largement compensé par le bien-être apporté par l'amaigrissement, à tel point que les patients qui vomissent une à deux fois par semaine n'en sont pas incommodés.

Ensuite, la perte de poids va entraîner une modification de l'image corporelle. Une meilleure image de soi peut amener la personne à modifier son comportement social (tenue vestimentaire, sorties, affirmation de soi au niveau professionnel, relationnel, familial,...). Cette situation peut amener la famille et le couple à reconsidérer la place et le rôle de chacun et peut même parfois aboutir à une rupture au sein du couple.

Enfin, tous ces changements de vie au niveau familial, professionnel et comportemental amènent la personne à devoir faire le deuil de sa vie passée, ce qui nécessite une période d'adaptation.

En quoi consiste la prise en charge psychologique proposée aux patients ?

Nous intervenons à la fois dans l'information, l'évaluation et le suivi des patients.

Tout d'abord, nous invitons le patient à une séance d'information sur la nature de l'intervention et ses conséquences. Via un jeu de questions-réponses, nous vérifions que la personne a bien compris les modalités de l'intervention et les répercussions de celle-ci sur sa vie quotidienne future.

Ensuite, au cours d'un entretien individuel, nous évaluons les motivations, les attentes (parfois irréalistes) et la qualité de vie actuelle du patient. Nous estimons sa capacité à faire face aux changements qu'entraînera l'intervention. Nous observons son attitude par rapport à l'activité physique, le soutien dont il peut bénéficier dans son entourage (rencontrer le conjoint est souvent souhaitable) et sa motivation à respecter le suivi post-opératoire.
Nous nous intéressons aussi à la place et à la fonction que la nourriture occupe dans sa vie : grignotage, gestion de son stress, de ses angoisses, de son vide intérieur,...
Nous retraçons l'histoire de l'obésité et des troubles psychiatriques éventuels (boulimie, alcoolisme, psychose, maladie mentale non stabilisée, dépression,...). Nous procédons à un éventuel testing afin d'évaluer la capacité du patient à bien appréhender les suites de son opération.

Après l'intervention, nous assurons le suivi des patients en les soutenant dans les éventuelles difficultés émotionnelles, psychologiques, sociales et relationnelles qu'ils peuvent rencontrer. Nous leur proposons de participer à des séances de groupe au cours desquelles différents thèmes sont abordés. Cette démarche facilite l'expression du vécu de chacun et favorise les échanges entre les patients. Le groupe peut ainsi servir de lieu de soutien et de resocialisation.

Finalement, quel est le but de notre intervention ?

Quand un patient s'adresse à nous avec une demande de gastroplastie, nous établissons un bilan global de ses ressources et de ses difficultés actuelles au niveau psychologique et social. Nous mettons celles-ci en balance avec les bénéfices dont le patient profitera suite à l'intervention et nous l'informons des répercussions potentielles de celle-ci. Enfin, nous l'accompagnons tout au long du processus post-opératoire afin que les modifications de sa silhouette aillent de pair avec une amélioration de sa qualité de vie.

Le BIB : Bioenterics Intragastric Balloon

Dr Michel Fiasse
Gastro-entérologie
Sites Ste-Elisabeth - 2 Alice

Introduction

Selon l'OMS, plus d'un milliard de personnes dans le monde sont en surpoids et 300 millions d'entre-elles présentent un surpoids suffisamment important pour les qualifier d'obèses !
On estime même que 115 millions d'entre-elles seront affectées par des problèmes médicaux sérieux (diabète, maladies cardio-vasculaires, embolie, cancer et hypertension artérielle).
Les études ont démontré que certaines pathologies peuvent s'améliorer une fois le poids excédentaire éliminé.
Pour rappel, l'obésité est définie par un BMI (Body Mass Index c.-à-d. le rapport entre le poids exprimé en kg par la taille au carré, exprimées en mètres) supérieur à 30. Au-delà de 40, on parle d'obésité morbide.

Le BIB (Bioenterics Intragastric Balloon).

Le BIB est un ballon souple en silicone que l'on insère dans l'estomac avant de le remplir de solution saline ; ce ballon procure une sensation de satiété et empêche donc d'avoir faim. Il a une durée de vie limitée à 6 mois après lesquels il doit être retiré de l'estomac.

Indications

La durée de vie relativement courte du BIB limite ses indications aux trois cas de figure suivants :

1. Patients obèses refusant toute forme de chirurgie gastrique. Le BIB permet chez ceux-ci de faciliter l'adoption d'une modification des habitudes alimentaires.
2. Patients désireux de bénéficier d'une gastroplastie chirurgicale mais dont le surpoids est tel qu'il augmente le risque chirurgical ; dans ce cas, le BIB permet de diminuer le poids de manière suffisante pour que le risque opératoire soit de nouveau acceptable.
3. Sélection des patients obèses qui seront des bons candidats pour une gastroplastie chirurgicale : celle-ci implique en effet une bonne compliance des patients aux régimes alimentaires prescrits en phase post-opératoire : les patients qui montrent une mauvaise compliance au régime associé au BIB sont souvent de mauvais candidats pour la chirurgie.

Contre-indications

1. C-I Relatives

Maladies peptiques du tractus digestif supérieur (oesophagite, gastrite, ulcères gastro-duodénaux, etc.) et infection à Helicobacter Pylori ; dans ces conditions, le patient nécessite un traitement médicamenteux adéquat de sa pathologie avant la pose du ballon.

2. C-I Formelles

- anomalies structurelles de l'œsophage (strictures ou diverticules oesophagiens) ;
- volumineuse hernie hiatale ;
- varices oesophagiennes (cirrhoses avec hypertension portale) avec risques hémorragiques ;
- anomalies congénitales gastro-intestinales comme l'atrésie ou la sténose gastrique ;

- antécédents de chirurgie gastrique ;
- prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- alcoolisme ou toxicomanie ;
- désordres psychiatriques sévères ;
- grossesse ou allaitement.

Prise en charge du patient désireux de bénéficier du BIB

1. Enrôlement

Lorsque le patient correspond aux critères d'indication, il est mis en rapport avec le gastro-entérologue qui lui explique la procédure de placement du ballon et de son retrait ainsi que les effets secondaires et complications possibles ; une oeso-gastro-duodenoscopie est également pratiquée afin d'exclure l'existence de contre-indications (cf. ci-dessus).
Enfin, le patient est également mis en rapport avec le service de diététique qui instaure un régime standard de 800 calories pendant toute la durée du traitement par BIB (6 mois).

2. Mise en place du BIB

- Admission hospitalière du patient (qui doit être à jeun depuis la veille au soir) le jour prévu pour la mise en place du BIB pour 24 à 48h (la durée d'hospitalisation dépendant de la tolérance immédiate du BIB).
- Le BIB est mis en place en début d'après-midi sous anesthésie générale par Diprivan® : le ballon est introduit dégonflé dans l'estomac comme une sonde gastrique et positionné juste en dessous du cardia.
- Il est ensuite rempli progressivement à la seringue (sous contrôle endoscopique) par un système de cathéter de 500cc de solution saline teintée de bleu de méthylène ; le bleu de méthylène permet de détecter une éventuelle fuite dans le ballon en colorant les urines en bleu vif. Une fois le ballon rempli, le cathéter de remplissage est déconnecté et le ballon flotte librement dans l'estomac.
- Le patient est ensuite ramené dans sa chambre où il devra encore rester à jeun jusqu'au lendemain matin (avec hydratation parentérale).
- Le patient peut ensuite se réalimenter progressivement suivant le régime prescrit (des anti-émétiques sont nécessaires la première semaine vu les nausées sévères fréquentes au cours des jours qui suivent la pause du BIB).
- Le patient peut ensuite quitter l'hôpital. Il sera revu en consultation au minimum une fois par mois jusqu'au retrait du BIB.

3. Effets secondaires et complications

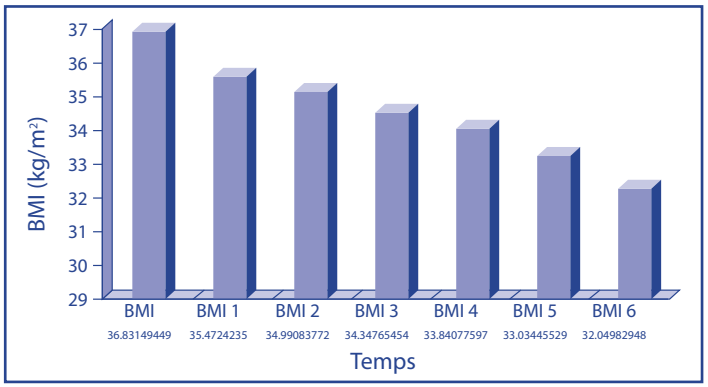
- 76 % des patients présentent de fortes nausées pendant la semaine qui suit la pause du BIB (traitement par anti-émétiques et spasmolytiques).
- 22 % des patients développent une oesophagite peptique par reflux nécessitant un contrôle endoscopique et l'instauration d'un traitement par IPP.
- 1 % de perforations gastriques décrites (cause indéterminée) nécessitant une intervention chirurgicale en urgence.
- 2 % d'intolérance complète du ballon nécessitant son retrait précoce.

4. Retrait du BIB

- Après 6 mois, le BIB est retiré de l'estomac également sous anesthésie par Diprivan® (hospitalisation de 24h) au moyen d'une aiguille creuse introduite endoscopiquement dans le ballon et reliée à un cathéter par lequel la solution saline est aspirée et le ballon ainsi vidé.
- Une fois vidé, le BIB est extrait endoscopiquement de l'estomac par une anse à polypectomie.

5. Résultats

- La perte de poids moyenne au cours des 6 mois est de 20 kilos (extrêmes situés entre 2 kg et 35 kg !).



Evolution du BMI au cours des 6 mois suivant la mise en place du BIB.

CONCLUSIONS

- Le BIB est une méthode aisée, peu invasive et relativement efficace du traitement de l'obésité ; mais il doit être associé à une modification des habitudes alimentaires du patient, nécessitant la prise en charge par une équipe multi-disciplinaire compétente et motivée.
- Le BIB peut faire office de « pont » vers la chirurgie restrictive de l'estomac en initiant une perte de poids initiale qui permet de diminuer les risques opératoires.
- Le BIB aide également à sélectionner les « bons » candidats pour la chirurgie restrictive de l'estomac, c'est-à-dire les patients motivés et compliants au régime alimentaire nécessairement associé à ce type de traitement.

Le rôle de la chirurgie plastique dans le traitement de l'obésité

Dr Stefanie Bosselaers
Chirurgie plastique
Sites Ste-Elisabeth - 2 Alice
St-Michel

L'incidence grandissante de l'obésité est actuellement un problème reconnu tant en Belgique que dans le monde entier, ce qui mène un nombre croissant de personnes à essayer de perdre du poids. Tandis qu'une partie de celles-ci y parvient en suivant un régime et en pratiquant une activité physique, le nombre d'interventions bariatriques a monté en flèche. Aux Etats-Unis, on note un accroissement allant de 28.800 interventions en 1999 à 63.000 en 2002, jusqu'à plus de 140.000 en 2004. Parallèlement, on observe une nette majoration des demandes de corrections de silhouette. En effet, les patients sont souvent désagréablement surpris en constatant des plis cutanés affaissés suite à une perte de poids considérable.

Situation suite à une perte de poids

Indépendamment du mode de perte pondérale, les patients peuvent présenter :

- un relâchement de la paroi abdominale et un « tablier cutané affaissé »
- un excès de peau au niveau du dos, des flancs et des hanches
- des plis cutanés le long de la paroi thoracique latérale
- une ptose des seins
- une ptose de la région pubienne
- un excès de peau relâchée au niveau des bras
- un excès de peau au niveau des cuisses.

La **région abdominale** est la région la plus problématique. Outre des plis cutanés, on constate souvent un relâchement de la sangle abdominale et des hernies associées.
La **région thoracique**, incluant les seins, tant chez les hommes que chez les femmes, présente un excédent de peau qui se situe principalement à la face latérale du thorax. A ce niveau, la peau est très adhérente au sternum et à la colonne vertébrale, ce qui entraîne une ptose tant verticale qu'horizontale.
Il convient d'en tenir compte lors de l'intervention visant à corriger la silhouette.

Parfois, une *mastopexie complémentaire* est effectuée, associée ou non à une *mammoplastie augmentative*. Une *reverse abdominoplastie* est plus rarement réalisée pour corriger la région thoracique. Un *lifting des bras* (brachioplastie) ou un *lifting des cuisses* y est fréquemment associé. Un *lifting facial* corrige la laxité de la peau au niveau du visage et du cou. Une liposuccion peut être pratiquée en tant que procédure complémentaire.

Sélection des patients

Les candidats ayant opté pour une correction chirurgicale de la silhouette doivent être sélectionnés et informés avec grande minutie. Les patients doivent avoir des perspectives réalistes. La perfection n'est pas un objectif réaliste ! De longues incisions donnent lieu à des cicatrices, souvent étendues, que les patients doivent être prêts à accepter. Ils doivent également s'attendre à une longue période de récupération.

L'excès de peau au niveau des **bras** s'étend des coudes aux aisselles et forme une jonction avec la cage thoracique.
Les **cuisses** ne présentent pas toujours des modifications lors d'une prise ou d'une perte de poids.

Le Body Mass Index (BMI) nous donne un aperçu des répercussions de la perte de poids sur la silhouette corporelle : une différence notoire entre le BMI avant et après la perte de poids laisse prévoir plusieurs zones modifiées. Il existe différents modes de perte de poids génétiquement définis et cette diminution n'est généralement pas uniforme. Toutes les zones qui pâtissent de la perte de poids doivent être abordées de manière circonférentielle.
Une liposuccion est insuffisante pour transformer la silhouette corporelle de manière significative en raison de l'incapacité de la peau étirée à se rétracter.

La chirurgie visant à corriger la silhouette est également utile en présence d'autres problèmes associés. Outre l'aspect esthétique peu agréable, il est souvent malaisé de garder les plis cutanés surplombants secs et propres.
Le traitement d'une dermatite *intertrigineuse*, en particulier par temps chaud, n'est pas aisé, malgré une bonne hygiène personnelle. Il n'est pas facile de trouver des vêtements adéquats, car les différentes zones corporelles ne sont pas toujours proportionnées. Des douleurs dorsales persistantes peuvent également être la conséquence d'un excès de peau abdominale.

Une chirurgie visant à remodeler la silhouette doit être « faite sur mesure » afin de corriger les zones problématiques spécifiques. Souvent, **plusieurs opérations séquentielles** sont nécessaires. Dans un premier temps, une *abdominoplastie circulaire* est réalisée pour correction des régions abdominale et lombaire. Des complications importantes peuvent survenir et le patient doit faire preuve de suffisamment de stabilité, mentale et physique, pour y faire face.
Pour certains patients, une consultation psychologique préopératoire est à conseiller.
Le poids du patient doit être stable. Si une perte de poids ultérieure est à prévoir, mieux vaut postposer la chirurgie plastique. Les meilleurs résultats seront obtenus lorsque que le patient aura acquis un poids proche de son poids corporel idéal. Par ailleurs, le risque de complications est moindre en cas de poids plus léger. Le meilleur moment pour réaliser une chirurgie plastique se situe entre 6 et 12 mois après l'obtention d'un poids stable. S'il existe un désir de grossesse, on postposera la chirurgie de correction.

Il convient d'examiner au préalable les problèmes médicaux chroniques.
Un diabète contrôlé et une hypertension ne sont pas des contre-indications absolues. En présence d'antécédents d'arythmies cardiaques ou de thrombophlébite, une mise au point préopératoire étendue s'impose. Il faut également investiguer les médicaments, les allergies et le mode nutritionnel : une adéquation de celui-ci est nécessaire à la guérison de la plaie post-opératoire. Certains types de chirurgie bariatrique provoquant une malabsorption, l'avis d'un spécialiste en diététique est recommandé.

Fumer est une contre-indication absolue ! Le succès d'une chirurgie visant à corriger la silhouette est déterminé par la survie d'importantes zones de peau affaiblie. Dès lors, il est **primordial que les patients arrêtent de fumer au moins 4 semaines avant l'opération et jusqu'à l'obtention de la guérison complète de toutes les plaies.**

Modalités pratiques

Pré-opératoire

Pour un patient en bonne santé, une analyse de sang standard est suffisante. En général, l'admission a lieu la veille de l'intervention. Le traçage préopératoire par le chirurgien plastique est très important et le temps nécessaire à cette fin doit être prévu, ce qui permettra également au patient de discuter avec son chirurgien et de lui faire part de ses inquiétudes éventuelles avant l'opération.

Per-opératoire

Avant d'entrer en salle d'opération, une ligne intraveineuse et éventuellement un cathéter épidural sont placés. Une sonde vésicale est mise en place si la durée de l'intervention est estimée à plus de 3 heures et en cas de lifting des cuisses (permettant de protéger les plaies les premiers jours).

Post-opératoire

En général, un séjour post-opératoire de 2 jours au moins est nécessaire. Une anesthésie épidurale pour chirurgie extensive (par exemple, une abdominoplastie circulaire) augmente le confort au cours des 24 premières heures. Une médication antalgique peut également être administrée par voie intraveineuse ou intramusculaire.
Quel que soit le type d'intervention, le patient est mobilisé dès le premier jour post-opératoire.

Risques et complications

La chirurgie visant à corriger la silhouette est une chirurgie élective. Les patients doivent être soigneusement informés des risques et des complications éventuelles.

La plupart des complications sont mineures et peuvent être traitées lors des consultations post-opératoires. Il existe cependant des complications majeures qui peuvent éventuellement mener à une nouvelle admission, une chirurgie ultérieure ou à la prolongation des soins des plaies (au-delà de 6 mois).

La plupart des **infections** post-opératoires peuvent être résolues par des soins de plaie rigoureux et un traitement antibiotique par voie orale. Une antibiothérapie par voie orale est administrée en routine jusqu'à l'ablation de tous les drains.

Des **séromes** font très souvent leur apparition en raison d'un affaiblissement étendu des tissus. Du liquide s'accumule sous les couches cutanées. Tant que les drains sont en place, ce liquide est drainé, mais ultérieurement, il peut s'accumuler. Une collection minime de liquide est spontanément résorbée mais d'importants séromes sont très inconfortables. Le traitement consiste en la ponction de la collection, parfois à titre répétitif.

Des **hématomes** peuvent faire suite à un manque d'hémostase, de la toux, des vomissements ou des troubles de la coagulation. De petits hématomes restent souvent inaperçus ; par contre, des hématomes étendus s'accompagnent de gonflement et doivent parfois être aspirés. Dans de rares cas, il est nécessaire d'orienter le patient à nouveau vers la salle d'opération.

Des **problèmes de guérison des plaies** sont toujours possibles, étant donné que toutes les plaies sont maintenues (consciemment) sous pression. De petites zones de déhiscence guérissent grâce à des soins adéquats. Une zone plus importante sera fermée secondairement. Il est important de prévenir les patients qu'un lâchage de la plaie peut apparaître jusqu'à 4 semaines post-opératoires et ce, principalement lors de mouvements brusques. Occasionnellement, la circulation sanguine est compromise par la fermeture de la plaie sous traction, ce qui induit une **nécrose** cutanée et tissulaire qu'il est parfois nécessaire de débrider.

Les **cicatrices** sont indéniablement liées aux interventions chirurgicales.
Les cicatrices associées à la chirurgie visant à corriger la silhouette sont souvent étendues et ne peuvent pas toujours être camouflées par les vêtements. Les patients doivent être prêts à les accepter. Les cicatrices sont initialement rougeâtres et boursouflées, mais elles blanchiront et s'égaliseront progressivement.

On note souvent une **sensibilité réduite** au niveau des cicatrices et des zones de liposuccion, qui disparaît généralement.

Des complications majeures telles qu'une thrombose veineuse profonde et une embolie pulmonaire sont rares ; elles peuvent être prévenues grâce à une mise au point préopératoire des facteurs de risques.

CONCLUSIONS

Dans la plupart des cas, les patients sont très satisfaits du résultat obtenu, malgré la chirurgie extensive et la longue période de récupération.
Les vêtements sont plus faciles à trouver : on observe, en moyenne, une diminution de 1 à 2 tailles.
Une vie plus active est envisageable et l'image corporelle est améliorée.
Les efforts du patient pour perdre du poids sont finalement récompensés par la silhouette corrigée tant espérée !

Obésité chez l'enfant : une épidémie à enrayer !!

Dr Frédéric Motte
Pédiatrie
Site Ste-Elisabeth

L'obésité et le surpoids constituent un problème majeur de santé publique en raison de leur retentissement sur la santé et de leur fréquence croissante. Bien plus, ce problème de santé, autrefois surtout confiné aux adultes, touche actuellement davantage d'adolescents et d'enfants en bas âge.

Le nombre d'enfants atteints de surpoids et d'obésité est de plus de 10 % et ne cesse d'augmenter d'année en année, rejoignant à grands pas les statistiques américaines. L'évolution du mode de vie, tant au niveau de l'alimentation que de l'exercice, semble responsable de ce fléau.

Ce surpoids engendre, outre des problèmes métaboliques et mécaniques, de lourdes conséquences sociales chez l'enfant victime de moqueries, sources d'une perte d'estime de soi et d'un état d'isolement.

Acanthosis nigricans cervical chez une adolescente obèse signant une insulino-résistance.

Actuellement, plus de la moitié des adolescents obèses demeurent obèses à l'âge adulte. Une prise en charge précoce est indispensable pour permettre à ces enfants de franchir leur adolescence et d'entrer dans le monde adulte débarrassés de cette surcharge. La recherche de facteurs de risque cardio-vasculaire au sein de la famille est une étape importante de la démarche. Une approche multidisciplinaire, médicale, psychologique et diététique est indispensable.

Un bilan métabolique est réalisé chez certains en vue de rechercher bien plus les conséquences métaboliques (diabète, hyperlipidémie, stéatose hépatique...) que les causes de la surcharge pondérale. Une modification des comportements alimentaires, un encouragement à une activité physique régulière et volontaire ainsi qu'une meilleure prise en compte des mauvaises habitudes de vie sont les clés de cette prise en charge. Avec les jeunes, le travail s'articule autour d'une stabilisation du poids ; la perte pondérale n'est indiquée que chez l'adolescent en fin de croissance ou dans les obésités sévères.

BILAN SANGUIN À JEUN CHEZ ENFANT OBÈSE
Glucose, insuline
Cholestérol, LDL, HDL, triglycérides
GOT, GPT
T4, TSH

Le point de vue diététique

Nadia Stevens
Coordinatrice du service diététique
Sites Ste-Elisabeth – 2 Alice – St-Michel

L'obésité est un fléau en progression continue. Les Etats-Unis en sont l'exemple le plus criant mais l'obésité touche désormais tous les pays, même les plus pauvres de la planète. Selon la Food and Agriculture Organization, « Il y aurait dans le monde plus d'obèses que d'affamés ». En Belgique, on estime que trois adultes sur dix souffrent de surcharge pondérale ou d'obésité. La surcharge pondérale infantile ne cesse de croître elle aussi !

La pyramide alimentaire (adapté de Diffu-Sciences, 2006).

Approche diététique dans la chirurgie bariatrique

Perdre du poids n'est pas une « mince » affaire et l'origine de l'obésité étant multifactorielle, sa prise en charge est réalisée de manière optimale par une équipe pluridisciplinaire, comprenant le chirurgien, le diététicien, le psychologue, le médecin traitant, le kinésithérapeute, l'endocrinologue, l'infirmier et le patient lui-même ! Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres intervenants pouvant rejoindre l'équipe en fonction des besoins du patient. Dans cet article, nous nous limiterons à décrire le rôle du diététicien chez le patient candidat à la chirurgie, c'est-à-dire dans les obésités les plus sévères.

Le diététicien intervient en pré-opératoire, lors de l'hospitalisation et en post-opératoire. Ses objectifs sont de trois ordres :

1. faire perdre du poids en couvrant les besoins nutritionnels de l'organisme ;
2. empêcher les évictions alimentaires sources de carences ;
3. redéfinir les bases d'une alimentation équilibrée avec la pyramide alimentaire et rappeler les règles hygiéno-diététiques.

Le bilan diététique pré-opératoire

Cette première consultation permet :

- de s'informer grâce à une enquête alimentaire bien menée auprès du patient : connaître l'histoire de son obésité, les régimes déjà entrepris et leurs résultats, s'il est grignoteur, quelle est sa structure de repas, s'il consomme de grandes quantités d'aliments, faire une estimation de son apport énergétique total, connaître son hygiène de vie et ses attentes par rapport à sa demande de chirurgie bariatrique, etc. ;
- de mieux orienter le choix de la technique chirurgicale ;
- d'informer le patient sur les contraintes diététiques après la chirurgie.

Suite à cette première consultation, un avis quant à une éventuelle opération chirurgicale est transmis au chirurgien qui reverra ensuite le patient en consultation.

La veille de l'opération

Le diététicien rend visite au patient en chambre afin d'expliquer le plan de ré-alimentation : modalités d'initialisation, évolution de la texture des repas, rappel du fractionnement de ceux-ci, explication du *dumping syndrome* pour certaines interventions, etc. Ce contact est essentiel afin de rassurer le patient.

Les jours qui suivent l'opération

Malgré des séjours très courts, particulièrement en cas d'anneau gastrique, les visites du diététicien doivent se multiplier. Elles motivent le patient et lui rappellent l'essentiel quant à son alimentation dans les jours qui suivent son hospitalisation (Tableau 1).
C'est une étape importante dans l'éducation du patient afin d'éviter des complications : carences, alimentation trop peu variée, non respect du fractionnement ou de la sensation de satiété.

Tableau 1 : Schémas de réalimentation

By-pass gastrique	Anneau gastrique
1) alimentation liquide, fractionnée et petites quantités jusqu'à 2 à 3 semaines après l'opération	1) alimentation semi-liquide, molle, fractionnée et petites quantités jusqu'à 3 semaines après l'opération
2) à partir de la 3e ou 4e semaine, passage à une alimentation mixée et molle. Les aliments comme les légumes, fruits cuits mixés, viandes et poissons moulus et pain de mie peuvent être réintroduits	2) à partir de la 3e semaine, l'alimentation reste fractionnée, en petites quantités mais on élargit la texture progressivement. Elle sera moulue, coupée, normale (en fonction du plat), saine, variée et à caractère hypocalorique. Ex : fruit cuit moulu, compote → fruit cuit entier → fruit frais coupé → fruit frais entier
3) après 5 à 6 semaines, passage progressif à une alimentation plus solide, riche en protéines et à caractère hypocalorique, variée et saine	3) après +/- 4 semaines, le chirurgien pratique le resserrage de l'anneau. A ce moment, il faut revenir à l'alimentation du point 1) et puis 2) et être attentif à la sensation de rassasiement

Le suivi à long terme

Ce suivi permet de parfaire l'éducation du patient afin de prévenir les complications au niveau :

- de la **nutrition** : carences en vitamines, protéines, minéraux, fibres,... (Tableau 2).
  Des suppléments vitaminiques et des compléments alimentaires riches en protéines seront prescrits le cas échéant ;
- du **poids** : perte régulière de poids, sans reprise de poids, pratique d'une activité physique avec accord médical, etc. ;
- de la **qualité de vie alimentaire** en évitant le dumping syndrome (attention aux concentrés sucrés) et les vomissements.

Tableau 2 : Carences éventuelles

By-pass gastrique	Anneau gastrique
- Martiales avérées - Vitaminiques B9, B12, en folates avérées	- Martiales possibles - Folates possibles
- Protéiques suite à l'opération : elles ne sont plus résorbées au niveau de l'intestin → nécessité d'enrichir l'alimentation en protéines	- Protéiques par éviction non justifiées de certains aliments (toujours réessayer celui qui ne « passe » pas)

Les règles hygiéno-diététiques bien observées peuvent améliorer la qualité de vie alimentaire et la perte de poids du patient :

- Manger lentement dans le calme et veiller à bien mâcher les aliments.
- Respecter la sensation de rassasiement. Dès qu'elle est atteinte, arrêter de manger.
- Fractionner l'alimentation en 6 prises par jour au moins.
- Boire préférentiellement entre les repas, par petites gorgées, lentement. La boisson idéale reste l'eau plate et la quantité est de 1,5 litre/jour.
- Eviter les boissons gazeuses car elles favorisent le reflux.
- Si un aliment n'est pas supporté ou ne « passe » pas, réessayer un peu plus tard. Ne pas le mettre de côté définitivement car cela peut créer des carences ou des frustrations.
- Dans le cas de by-pass, il peut y avoir une intolérance au lactose. Utiliser du lait de soja ou délactosé (demander conseil à la diététicienne).
- Augmenter l'activité physique jusqu'au moins 30 minutes par jour. Celle-ci doit être mise en place progressivement, toujours avec l'accord du médecin, éventuellement selon les conseils des kinésithérapeutes. Penser que l'activité physique peut déjà être majorée au quotidien : éviter l'ascenseur, faire les courses à pied, se garer plus loin de l'endroit où l'on va.

Nous proposons des entrevues mensuelles au cours des six mois qui suivent l'intervention, puis deux fois par an.
A chaque entrevue, des objectifs réalisables sont établis entre les deux parties, permettant ainsi de soutenir la motivation du patient.
Chaque consultation diététique est rapportée au chirurgien et au médecin traitant afin d'assurer un suivi optimal du patient.

CONCLUSIONS

Le conseil et le suivi nutritionnels sont des éléments importants dans la prise en charge du candidat à la chirurgie de l'obésité et ce tant avant qu'après l'acte chirurgical.
Pour être optimale, cette prise en charge doit s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire. C'est ce mode de fonctionnement qui a été adopté par le nouveau « centre de l'obésité » des sites Ste-Elisabeth et 2 Alice.

SPORT ET OBESITE : Mode d'emploi

Anne-Marie Poliart
Kinésithérapie
Site St-Michel
Réadaptation Cardiaque - Actif Health

Un déséquilibre de la balance énergétique (apport > dépense) engendre le développement de l'obésité.
Le confort de vie moderne conduit à une diminution des dépenses énergétiques alors que les modes alimentaires sont modifiés, avec une mise à disposition permanente d'aliments et une augmentation de l'apport lipidique.
L'activité physique (dépense énergétique) répond non seulement à un besoin de notre organisme mais aussi à des efforts simples de la vie quotidienne, comme monter une rue ou un escalier, tondre la pelouse,...
C'est dans ces moments-là que la personne obèse, se voyant limitée dans son effort, sera encore moins tentée de pratiquer une activité physique.

Pourquoi cette limitation ?
Et surtout comment désamorcer ce cercle vicieux ?

Mécanismes énergétiques et dyspnée

Lorsque un effort est réalisé, 3 types de mécanismes énergétiques sont mis en oeuvre en fonction de l'intensité et de la durée de celui-ci.

Chez les obèses, plusieurs études ont démontré :

- Une charge de travail musculaire augmenté par une augmentation du poids ;
- une ventilation diminuée par diminution de la capacité pulmonaire (CPT et CRF) ;
- une perfusion musculaire fortement diminuée par diminution du nombre de capillaires musculaires ;
- une altération du potentiel métabolique oxydatif par diminution du nombre de mitonchondries.

Corollaire : les personnes obèses ont un seuil ventilatoire bas et sont donc plus vite essoufflées à l'effort.

Un des objectifs de l' entraînement doit être de **décaler vers la droite** ce seuil ventilatoire ou **seuil de dyspnée** !

Mécanismes énergétiques et mobilisation des graisses

Le glucose et les acides gras (AGNE) sont les principales sources d'énergie cellulaire.
Le concept du cycle « Glucose - Acides Gras » a été généralisé à l'effort par Newslome en 1973.

Première minute	1 min à 3 min	Effort modéré		Effort intense
Phosphagène myofibrillaire	Glycolyse anaérobie	Glycolyse aérobie	SEUIL VENTILATOIRE	Glycolyse anaérobie
Source énergétique immédiatement disponible au niveau du muscle strié	Temps de latence en recherche de glycogène hépatique à dégrader en glucose	Utilisation de glycogène et d'**acides gras** en présence d' O_2 (cycle de Krebs)		Pouvoir d'O_2 atténué → production d'acide lactique non tamponné qui s 'accumule = **acidose métabolique**
Bonne adaptation	Dyspnée	Bonne adaptation	Décrochage ventilatoire	Dyspnée ++ Crampes musculaires

Le seuil ventilatoire ou seuil anaérobie est le seuil de transition entre la glycolyse aérobie et la glycolyse anaérobie lors de l'effort prolongé. Il correspond au début de la dyspnée et annonce la fin de l'effort.
Plus il est bas, plus vite on est essoufflé !

Le mécanisme de cette régulation est résumé comme suit :
Lors d'un effort prolongé, l'augmentation de l'activité adrénergique (élévation de l'adrénalinémie) va freiner la sécrétion d'insuline et ainsi activer la glycolyse, la glycogénolyse et la lipolyse.
L'utilisation du glucose va forcément induire une hypoglycémie

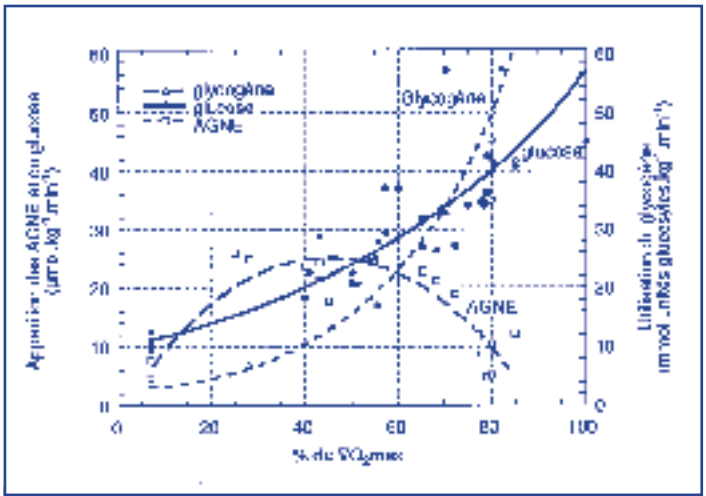


Fig. 1 Evolution du débit d'utilisation des glucides et de lipides en fonction de l'intensité relative de l'exercice chez l'homme. D'après Brooks et Trimmer, 1996.

	PUISSANCE	ENDURANCE
But	Renforcement musculaire : augmentation de la taille des fibres musculaires (hypertrophie)	Augmentation de l'activité et du nombre des enzymes du potentiel aérobie au niveau des fibres musculaires
Protocole	**3 séries de 10 répétitions** espacées d'1 minute de récupération pour chaque groupe musculaire	**INTERVAL TRAINING**
Méthode	**Travail à 70 % de la CMV** (Contraction Maximale Volontaire)	**Alternance** de travail modéré et intense selon un **rapport 2/1** (ex : 2 min – 1 min)
Appareils	Appareils de musculation	Vélo, rameur , step, tapis roulant, jogging , natation, etc.

relative qui va stimuler davantage la dégradation des graisses via la triglycéride lipase (TG lipase).
Dès cet instant, les AGNE sont utilisés préférentiellement comme substrat énergétique inhibant les enzymes de la glycolyse.
L'utilisation du glucose est alors « ralentie », garantissant une glycémie tolérable.
Si l'effort s'intensifie, la demande d'énergie immédiate est telle que la glycolyse, anaérobie cette fois, reprend le dessus ; nous sommes au-delà du seuil ventilatoire.

Il existe un point de croisement des 2 courbes (« Cross Over Concept ») qui informe quand l'utilisation des glucides devient prépondérante par rapport à celle des lipides (Fig. 1).

Ce croisement est perceptible, pour des personnes sédentaires et/ou obèses, aux alentours de 55 – 60 % de la VO2 max et évolue vers 80% de la VO2 max pour des personnes entraînées en endurance (analogie avec le seuil ventilatoire).

Chez les obèses, plusieurs études ont démontré une insulino – résistance liée à une production anormale des protéines adipocytaires (leptine, adiponectine,...).

Corollaire : Les personnes obèses présentent une altération du métabolisme Glucose – Acides Gras.

Un des objectifs de l'entraînement est de **stimuler le cycle Glucose –Acides Gras**.

Comment décaler son seuil ventilatoire ou comment s'entraîner ?

Dans la vie quotidienne, il faut pouvoir faire face à 2 types d'effort :

La **puissance** (porter ou soulever une charge,...) et l'**endurance** (course, montée d'escaliers,...).

Un bon réentraînement à l'effort doit donc réunir ces 2 types d'effort en fonction du déficit de l'un ou de l'autre.
Où réside l'intérêt de **l'Interval Training** ?
La charge intense (niveau seuil ventilatoire) permet d'*élever le seuil ventilatoire* en sollicitant au maximum les enzymes du cycle de Krebs.
La charge modérée offre une phase de récupération. Elle permet de *limiter la fatigue* pendant l'exercice (en préservant le glycogène), de *limiter l'acidose métabolique* en freinant la production et l'accumulation d'acide lactique et de *faciliter la récupération* après l'entraînement.

Comment déterminer l'intensité de l'entraînement ou les charges adéquates ?

Un travail trop léger n'a pas d'effet d'entraînement. Un travail trop lourd peut nuire tant sur les plans cardio-vasculaire et respiratoire que sur le plan orthopédique.

Fig. 2 Test de VO2 Max ou Ergospirométrie.

Il est donc essentiel de déterminer les charges adéquates par **une ergospirométrie ou test de VO2 max**.

L'ergospirométrie (Fig. 2) ou test de VO2 max sur cycloergomètre permet d'évaluer la capacité physique en comparant la quantité d'O_2 utilisée par l'organisme par rapport à la quantité théoriquement disponible en fonction de l'âge, du sexe, du poids et de la taille.

L'ergospirométrie permet aussi de déterminer le **seuil ventilatoire** afin de connaître le niveau d'effort adéquat et le profil de capacité physique (puissance ou endurance).

Enfin, la détection de l'origine du déficit de capacité physique (cardiaque – pulmonaire – périphérique) par l'analyse des échanges gazeux permet d'orienter le réentraînement préférentiellement en endurance et/ou en puissance.

Exemple de protocole d'entraînement

Premier objectif : durant les 4 premières semaines, l'objectif est d'**augmenter le seuil ventilatoire** pour diminuer la sensation de dyspnée, typique des personnes en surcharge pondérale.
On utilise, dans un 1er temps, des engins qui «portent » le poids de la personne, soit le VELO ou le RAMEUR :

- *Interval Training à raison de 3x/semaine, minimum 30 minutes ;*
- *puissance : le muscle doit avoir la puissance aérobie pour avoir la capacité aérobie.*

Deuxième objectif : **utilisation des graisses**.
En plus du vélo, on peut introduire, par exemple, la marche sur TAPIS ROULANT avec l'évolution suivante :

- *alternance de marche normale 4.0 km/h et de marche rapide 6.0 km/h ;*
- *marche rapide 6.0 km/h en continu ;*
- *alternance de marche rapide 6.0 km /h et course.*

Dans ce cas, on exécute un travail d'intensité moindre (de 50 % à 60 % de la VO2 max) mais de durée plus longue (min 1h00) sans interruption, à raison de 2 à 3x/semaine.

Troisième objectif : **phase d'entretien** : allier entraînement en endurance et mobilisation des graisses.
Le sport roi est incontestablement le JOGGING ; les alternatives comme le step, le vélo randonnée, la natation,… pratiquées *de manière régulière - minimum 1H00 - 1 à 2 fois par semaine* en fonction de la disponibilité socio-professionnelle permettent de garantir le maintien de l'acquis (seuil ventilatoire et utilisation des graisses).

Lors de tout entraînement, il faut pouvoir tolérer un essoufflement qui permet de soutenir une conversation.

TRUCS ET ASTUCES

1/ l'hypoglycémie facilite l'activité de la TG lipase et donc l'oxydation des graisses :
→ *Eviter de manger 1h00 avant l'entraînement*

2/ l'activité de la TG lipase se maintient 30 min à 1h00 après l'effort :
→ *Eviter de manger 1h00 après l'entraînement (« on maigrit en récupération »)*

3/ toute libération d'insuline freine la mobilisation des graisses :
→ *Eviter de manger pendant l'entraînement*
Boire suffisamment d'eau au cours de l'entraînement, soit 100 à 150 ml/quart d'heure
PROSCRIRE absolument les boissons dites énergisantes qui contiennent 60 à 110 gr de sucres/litre selon la marque !

4/ lors de l'arrêt de l'effort, le cycle « Glucose – Acides Gras » redémarre à zéro lors de la reprise :
→ *Eviter de faire des pauses durant l'entraînement*

5/ après l'effort, il y a accumulation de déchets métaboliques acides (lactate) responsables des crampes du lendemain.
Pour améliorer la cinétique d'élimination du lactate qui va être utilisé par le muscle cardiaque comme substrat énergétique et par le foie et les reins pour la resynthèse du glycogène :
→ *Pratiquer des étirements(stretching) ou une récupération active*

Effet de l'entraînement = EFFET ANTI – OBESITE

Un entraînement correct pratiqué de manière régulière

- augmente le potentiel oxydatif musculaire (capillaires - mitochondries – enzymes) ;
- augmente l'activité de la TG lipase (x 3) ;
- augmente l'affinité des récepteurs insuliniques et ainsi diminue la sécrétion d'insuline ;
- normalise les concentrations des protéines adipocytaires (l'adiponectine) (Bluher, 2006).

Pour une même intensité relative d'exercices, le sujet entraîné oxyde plus de lipides (+10 à 15 %) que de glucides (- 10 à 15 %) que le sédentaire (Holloszy, Kohrt, et Hansen 1998)

LE METABOLISME EST MODIFIE

la perte de poids (de masse graisseuse) est inéluctable avec une meilleure protection cardio-vasculaire !

Rappel : Tous les lundis entre 13h00 et 14h00, l'**infrastructure** de la salle de réadaptation cardiaque (Dr Dethy), sur le site de St-Michel, est mise **à la disposition** des membres du personnel de la clinique.

Le département de chirurgie digestive du site St-Michel

Dr Marc Vertruyen
Dr Valérie Cavenaile

Le département est dirigé par une équipe de 2 chirurgiens : le Dr Valérie Cavenaile et le Dr Marc Vertruyen.
Ces deux protagonistes travaillent de concert et prennent en charge la totalité des problèmes digestifs, tant carcinologiques que fonctionnels. De par leur formation, ils privilégient, chaque fois que possible, l'abord laparoscopique afin d'augmenter le confort postopératoire du patient en minimisant son agression pariétale.

Si l'ensemble de la pathologie abdominale lourde est géré sur le site Saint-Michel, toutefois, chaque chirurgien affiche clairement des pôles d'intérêts différents.

Le Dr Cavenaille s'est fixé pour mission de développer la chirurgie proctologique en collaboration avec les gastroentérologues du site.

Le Dr Vertruyen met un point d'honneur à prendre en charge le versant chirurgical du traitement de l'obésité. Il coordonne l'Eurobesity Center qui optimise la prise en charge pluridisciplinaire du traitement de l'excès pondéral.
Un vaste réseau, basé sur l'inclusion des médecins traitants dans la dynamique thérapeutique, est en train de voir le jour afin d'offrir aux patients une solution complète, fiable et durable, quelle que soit la gravité de leur excédent pondéral.

Le service de chirurgie digestive des sites Ste-Elisabeth et 2 Alice

Dr Serge Landen
Dr de Neve de Roden
Dr Koen Van Belle

Le service de chirurgie digestive effectue 1000 opérations chirurgicales par an dans les domaines chirurgicaux suivants :

- œsophage et estomac ;
- colon et rectum ;
- foie, voies biliaires et pancréas ;
- chirurgie de l'obésité ;
- chirurgie des hernies ;
- pathologies de l'anus ;
- surrénales.

Depuis dix ans, le service s'est spécialisé dans les nouvelles technologies, en particulier la chirurgie mini-invasive qui représente actuellement 80 % des interventions.

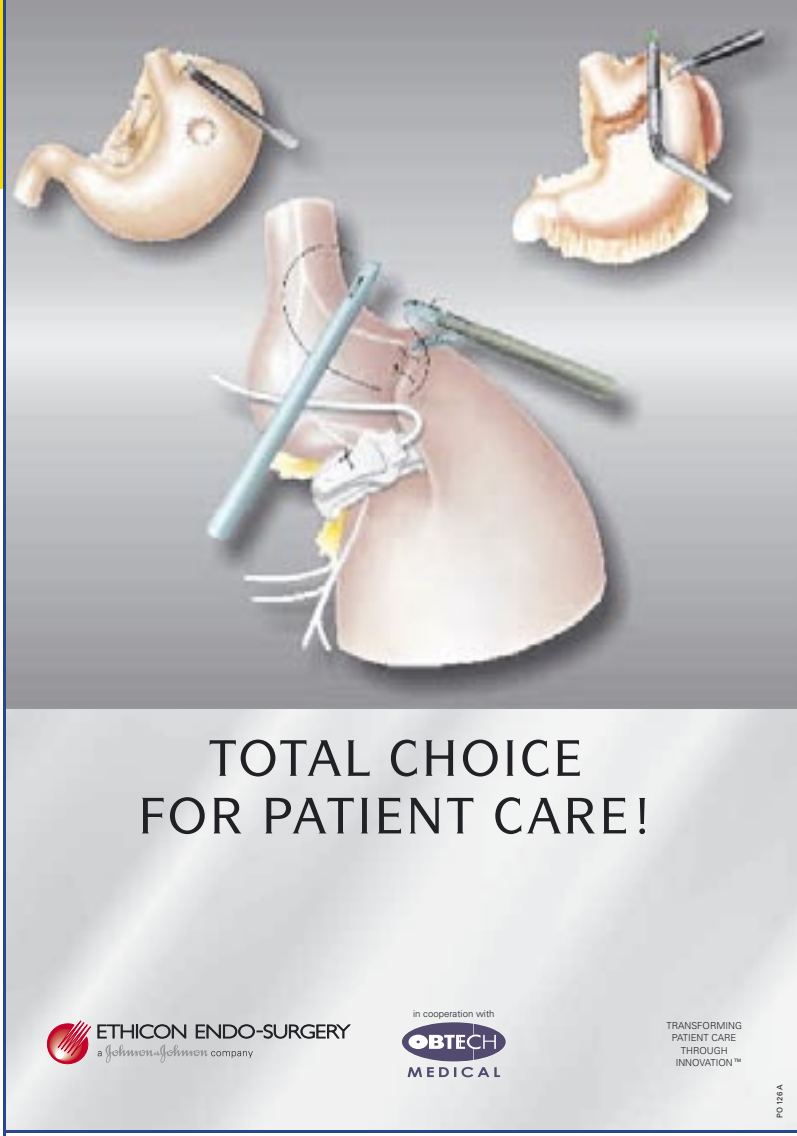
La chirurgie mini-invasive diminue très sensiblement les douleurs post-opératoires, la durée d'hospitalisation et de convalescence ainsi que les cicatrices qui, pour la plupart, ne dépassent pas 10 mm. Appendicites, hernies, calculs biliaires, reflux gastro-oesophagien, obésité, diverticulites, tumeurs du colon et pathologie surrénalienne peuvent tous bénéficier de l'approche mini-invasive.

La chirurgie carcinologique est un des pôles d'intérêt du service. La prise en charge des tumeurs du tube digestif, du pancréas et du foie fait appel à une collaboration multidisciplinaire entre chirurgiens, gastroentérologues, cancérologues et radiothérapeutes et à un plateau technique performant comprenant scanner, résonance magnétique et PET scan. Les suites opératoires sont assurées par des soins intensifs de haute technicité et rompus à la chirurgie digestive. Ainsi, la clinique compte parmi le nombre restreint de centres qui pratiquent la chirurgie de l'œsophage en Belgique.

La chirurgie de l'obésité est en plein essor, surtout depuis l'avènement des techniques mini-invasives. Le premier anneau gastrique ajustable fut posé en 1995 aux Cliniques de l'Europe. Depuis, de nombreux patients ont bénéficié du bien-être physique et psychologique que procurent ces interventions chirurgicales. En plus des anneaux gastriques qui restreignent la quantité d'aliments ingérés, nous pratiquons chez certains patients des techniques mixtes (bypass gastrique) ou des techniques qui réduisent la capacité d'absorption des aliments par l'intestin (diversion biliopancréatique). Cette activité chirurgicale s'inscrit dans le contexte plus large du *Centre de l'Obésité* récemment créé à la clinique Ste-Elisabeth et qui regroupe l'ensemble des spécialités impliquées dans le traitement de l'obésité.

Les urgences représentent une part non-négligeable de l'activité du service. Au même titre que les opérations électives, les urgences bénéficient d'une prise en charge personnalisée par un des chirurgiens du service, qui est responsable du patient durant tout son séjour et devient l'interlocuteur privilégié de la famille et du médecin traitant.

En dehors de leur activité de soignants, les chirurgiens du service sont actifs dans diverses sociétés scientifiques tels la Société Royale Belge de Chirurgie, Belgian Group for Endoscopic Surgery, Belgian Section of Colorectal Surgery et la Belgian Section of Upper Gastrointestinal Surgery (http:/www.belsurg.org). Chaque année, plusieurs publications sont issues du service, dont certaines rapportent des innovations en technique chirurgicale ou des approches thérapeutiques nouvelles qui ont été développées dans le service.



Les saveurs diététiques du Crowne Plaza Brussels

Les ingredients

Pour le bien-être : le somptueux décor d'un fleuron de l'hôtellerie bruxelloise.

Pour l'équilibre : la qualité des produits EXKi, partenaire santé.

Pour le plaisir : la talentueuse créativité d'un « Chef Légumes® ».

Préparation

Sélectionner rigoureusement tous les produits et proscrire édulcorants et colorants.
Décliner les légumes au gré de votre fantaisie, en plats, sauces ou garnitures.
Veiller à révéler leurs subtiles saveurs et chatoyantes couleurs.
Incorporer les autres ingrédients dans le respect d'un équilibre énergétique.
Accompagner d'une sauce délicate ou d'une savoureuse vinaigrette, dans laquelle une infime touche d'huile sert essentiellement de liant.
Dresser artistiquement le mets composé et servir dans un environnement dédié à l'harmonie et au bien-être.

Suggestions

Le Crowne Plaza Brussels City Centre – Le Palace – a choisi depuis juin 2006 d'accorder sa confiance à EXKi, jeune entreprise belge, pour inviter les clients de sa nouvelle philosophie hôtelière, Balanced Senses, à se « prendre en charge par rapport à la nourriture ».

Le concept « Balanced Senses », propose un cadre spécifique pour optimaliser les réunions de travail, dans un souci de performance et de convivialité. La participation active et le maintien de l'attention sont au centre des préoccupations.
Tout y est soigneusement étudié : la technologie audiovisuelle de pointe, les coloris du décor, l'accord des lumières, les senteurs et la qualité de l'ambiance sonore pour aiguiser les sens, augmenter la motivation et diminuer le stress.
Au cours des pauses-détente, une attention particulière est accordée aux collations, accompagnées de jus de fruits ou légumes frais, de boissons de régime ou énergisantes et d'un « vrai bon café » !

La restauration d'EXKi souhaite mettre les légumes en exergue, sources de créativité inépuisable et d'innombrables saveurs, si « amusants à travailler » selon le dire de Frank Fol, le Chef Légumes®.
L'entreprise, membre d' « Eurotoques », qui promotionnent les produits de terroir, s'investit dans la recherche nutritionnelle. Elle initie des réflexions sur l'équilibre calorique, réactualise certaines recettes et collabore avec une diététicienne pour proposer une pyramide alimentaire « revisitée » en fonction des plats consommés, permettant d'optimaliser l'apport alimentaire quotidien...

Les sandwiches de ce « fast food sain » séduisent bien sûr les femmes actives, mais aussi de plus en plus de jeunes consommateurs et... des hommes d'affaires, soucieux de leur harmonie alimentaire !
Déclinant un concept de restauration rapide en « frais, naturel et tout prêt », EXKi se développe au-delà de nos frontières et conquiert Paris, Turin et Milan.

Dans cet Euroscoop consacré à la problématique de l'excès pondéral, nous avons souhaité mettre à l'honneur l'audacieuse créativité conjointe d'un jeune groupe belge et d'un fleuron de notre hôtellerie au cœur de l'Europe.
Gageons que vous y passerez de délicieux moments de travail performants et bienfaisants !

Dr Roxane Audistère

Le syndrome métabolique, une bombe à retardement ...

Dr Peter Vandergoten
Cardiologie
Site St-Michel

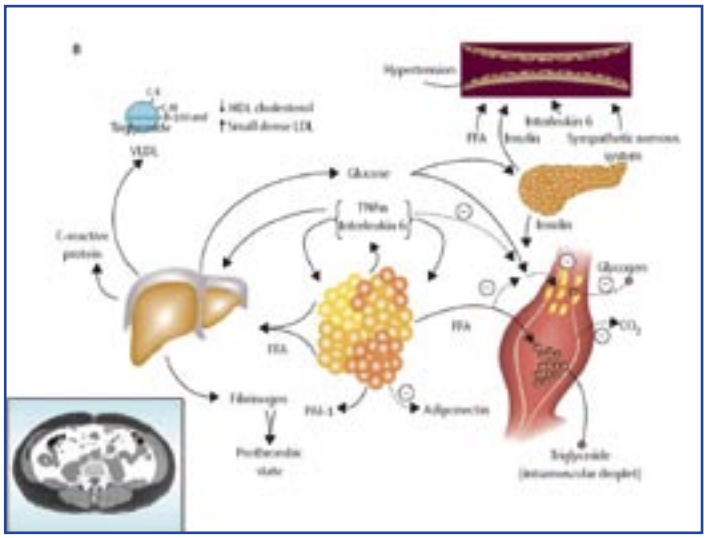
Notre mode de vie occidental, associant une large disponibilité et la facilité d'accès à une nourriture hyper-énergétique bon marché, ajouté à un besoin limité d'activités physiques, est à l'origine d'une nouvelle épidémie : le syndrome métabolique.

De récentes études ont démontré que 10 à 15 % de la population belge présentent les signes caractéristiques de ce syndrome métabolique. L'incidence est encore plus importante chez les personnes âgées de plus de 50 ans et atteint 20 à 25 % dans ce groupe de population.
Aux Etats-Unis, ce chiffre s'élève déjà à 50 % dans certains groupes d'âge ...

Ce syndrome métabolique semble évoluer vers un réel désastre économique et médical :

Un **désastre médical** : après 10 ans, le risque de maladies cardio-vasculaires augmente de 30 %.

Un **désastre économique** : chez les patients obèses, les risques cardio-vasculaires sont augmentés de 40 %, les risques de thrombose cérébrale de 27 % et les risques d'être atteints de certains cancers de 20 %. Des calculs ont démontré que durant une « carrière » complète, le Belge obèse coûte davantage - jusqu'à 36 % - à l'assurance maladie par rapport à ses collègues non-obèses.



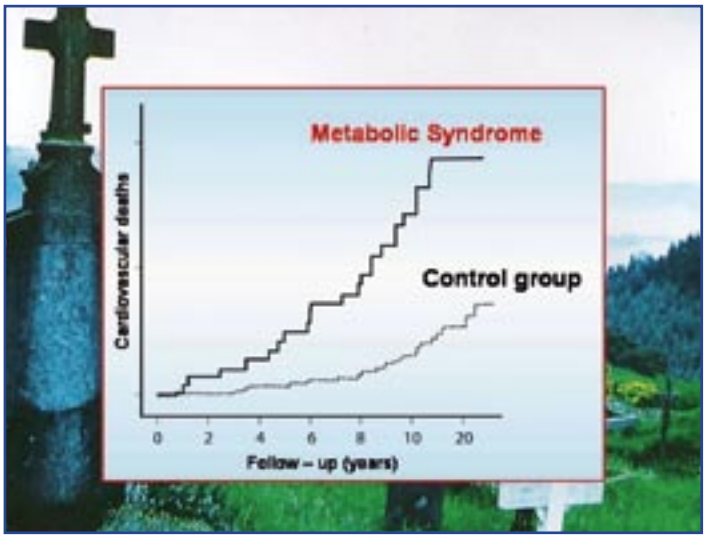
Mécanismes sous-jacents du syndrome métabolique.

Les particularités à la base de ce syndrome sont les **graisses situées au niveau de la cavité abdominale** et qui, par leurs caractéristiques métaboliques et hormonales spécifiques, provoquent des taux élevés de glycémie dans le sang, une hypertension artérielle et une atteinte des vaisseaux sanguins. Le tableau 1 mentionne les actuels critères FID, utilisés depuis 2005.

A ce jour, il n'existe aucun traitement attaquant directement la cause du syndrome métabolique. C'est la raison pour laquelle nous concentrons tous nos efforts uniquement sur la réduction des risques cardio-vasculaires dans leur totalité. D'une part, nous combattons les facteurs de risques classiques comme l'hypertension artérielle, l'élévation du taux de glycémie ou une élévation du taux de « mauvaises graisses » dans le sang.

D'autre part, nous visons à apporter des changements rigoureux dans le « life style » (mode de vie) de ces patients. Cela implique une perte de poids de 5 à 10 % durant la première année, l'acquisition d'habitudes alimentaires saines et variées et davantage d'exercices physiques.

Il est clair que seule une approche multidisciplinaire peut contrer un problème d'une telle complexité. En tant que médecin traitant, vous jouez un rôle primordial comme coordinateur et lien indispensable entre les divers spécialistes (cardiologue, endocrinologue, diététicien, kinésithérapeute et psychologue). En réalité, vos activités quotidiennes sont déjà surchargées par votre clientèle, si bien qu'il ne vous reste plus beaucoup de temps pour guider de telles modifications de style de vie radicales.



Risque cardio-vasculaire fortement élevé pour des patients présentant un syndrome métabolique.

Tableau 1 : Fédération Internationale du Diabète (FID) – critères pour le syndrome métabolique (Berlin 2005).

Critères du syndrome métabolique
1. obésité abdominale ou circonférence de la taille de plus de 94 cm pour un homme et de plus de 80 cm pour une femme.
2. en association avec au moins deux des facteurs de risques suivants : - un taux de glycémie à jeun élevé (> 110 mg/dl) ou un diabète connu ; - une tension artérielle en moyenne supérieure à 130/85 mm Hg ou une hypertension connue ; - une triglycéridémie élevée (> 150 mg/dl) ou être en traitement pour celle-ci ; - une cholestérolémie HDL basse : de < 40 mg/dl pour un homme ou < 50 mg/dl pour une femme.

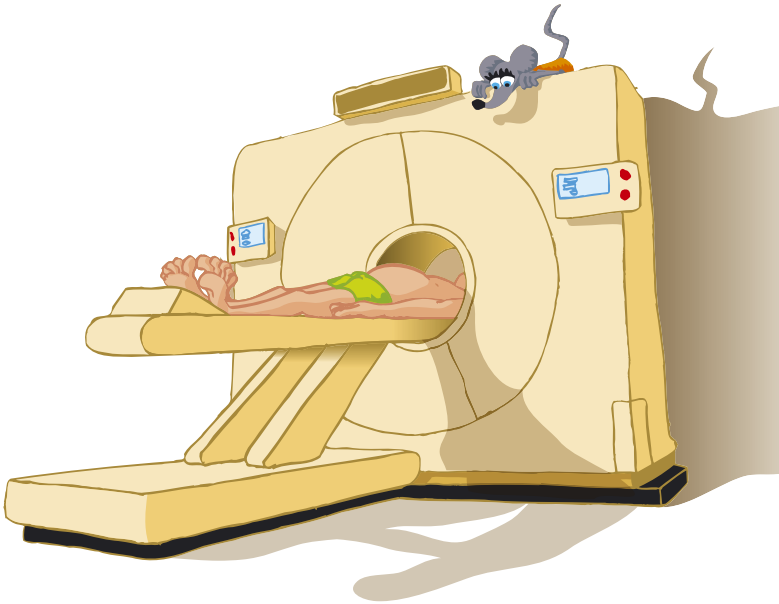
Notre **programme multislim** récemment élaboré est à même de vous aider à orienter les patients présentant un risque cardio-vasculaire élevé, tel que le syndrome métabolique.
Vous pouvez recruter ces patients en procédant tout simplement à une anamnèse selon les directives FID (voir tableau 1). S'ils remplissent les conditions du syndrome métabolique, ils entrent en ligne de compte pour le set de **multislim-start**. Ce set est composé d'un test d'effort spécial, associé à un programme de fitness personnalisé et à un entretien préliminaire avec le diététicien et le psychologue.
Ultérieurement, ils ont le choix entre un set **multislim-light** ou un **multislim-regular**, conformément à leur préférence de suivre un programme d'entraînement externe ou interne. En outre, les deux sets sont composés de 6 sessions de groupe de techniques de motivation et de 6 sessions de groupe de diététique durant chaque fois une heure.
Pendant toute la durée du programme, vous restez, en tant que médecin traitant, responsable du suivi et du traitement des divers facteurs de risques, comme l'hypertension artérielle, le taux de cholestérol et de triglycérides et la glycémie.

Si vous souhaitez recevoir de plus amples renseignements ou si vous avez des patients qui peuvent entrer en ligne de compte, n'hésitez pas à nous contacter, par téléphone au n° 02/737.84.30, par fax au n° 02/737.84.29 ou par mail : multislim@actifhealth.be

Imagerie médicale à St-Michel

Nouveau scanner 64 barrettes

Dr Vincent Staumont
Radiologie
Sites Ste-Elisabeth - St-Michel

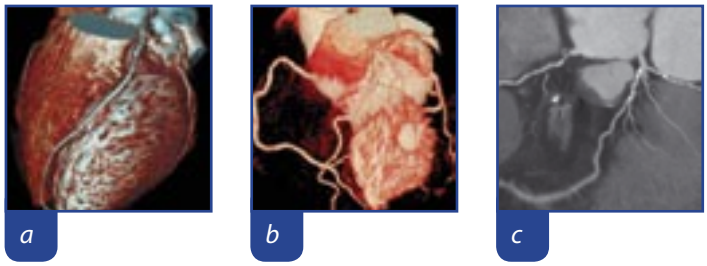


Apports de ce nouveau scanner

- Grâce à la multiplication des barrettes et à la vitesse de rotation du tube, il permet de travailler en coupes fines pour l'ensemble des examens réalisés sans augmenter les doses en rayons X tout en diminuant le temps d'acquisition.
- Les acquisitions en coupes fines permettent d'obtenir une analyse volumétrique et une analyse de type « post processing » poussée afin d'accéder à de nouvelles applications telles que le CT scan cardiaque ou le CT côlon virtuel.

Nouveaux axes développés en routine à St-Michel grâce à cette technique

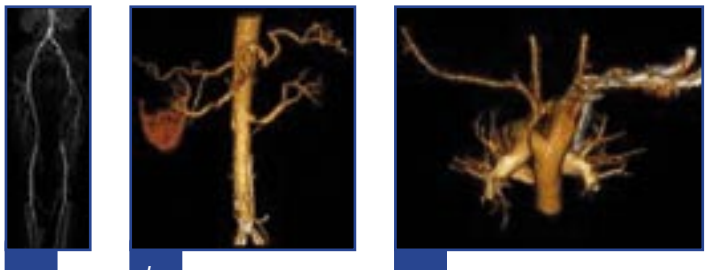
1. la coronographie par CT scanner



a b c

Reconstruction de l'arbre coronarien en 3D (b) et en vue planaire (c).

2. l'angiographie par scanner



a b c

Reconstructions angiographiques faites en routine (a) membres inferieurs, (b) aorte abdominale, (c) troncs supra-aortiques.

3. le CT colon virtuel avec analyse par déroulement en bandes du colon

a b c

(a) découverte d'un polype, (b) reconstruction virtuelle du colon en double contraste, (c) déroulement en bande de la lumière colique.

4. le Dental scanner avec simulation de pose d'implants

a b

Simulation de pose d'implants (b) après repérage du nerf dentaire (a).

ATELIER, quand tu nous tiens !!!

Soirée magique ! Moments d'ivresse !!

Dr Robert Dobbelaere

Ambiance survoltée et B1- B2 résonnants devant un public conquis.
Un animateur de soirée hors pair découvert par le toujours présent André Mirzabekiantz, les petits chantres adeptes de Pierre Perret de l'association Auboi et la chorale Bruxelles- Sud, se lançant, le cœur serré et palpitant, mais combien généreux, dans un spectacle qui a étonné et surtout conquis.

La troisième mi-temps des ateliers de cardio a emporté tous les participants dans le tourbillon de la magie, du chant, du spectacle, du rire et surtout de la bonne humeur partagée. Du jamais vu !! Et le sentiment pour chacun, en passant par les docteurs De Bie et Van Campenhoudt, les cardiologues, les médecins généralistes, les conjoints et les deux efficaces relations publiques, Chantal et Delphine, d'avoir vécu un moment exceptionnel, expression des relations privilégiées qui nous unissent tous.

Qui aurait pu imaginer, il y a 11 ans, qu'un tel lien allait s'établir ? Notre ami, Jean- Paul Melchior, désirant donner du cœur à ses amis généralistes, avait imaginé organiser une conférence. A la demande de Jean-François Grimmiaux et de moi-même, vu l'expérience positive connue à la SSMG, sont nés les ateliers de cardiologie.
Succès inimaginable, dès la première année, participation fidèle et enthousiaste d'un public motivé et avide de pénétrer dans le monde de la vie rythmée régulièrement ou irrégulièrement, décalée ou sous décalée, fibrillée ou défibrillée, antiagréguée ou héparinée, dilatée ou pontée, stabilisée ou décompensée. Chaque année, dans un souci de perfection et de communication, nous préparons, généralistes rôdés au système et spécialistes, ces fameux ateliers annuels tant attendus. Nous avons vécu les 11èmes, les 12èmes sont déjà en gestation et je remercie toute l'équipe des cardiologues qui, par leur compétence et leur disponibilité, nous apportent chaque année ce « grand petit plus » au service des patients.

L'expérience est à ce point positive qu'un certain nombre de « clones » ont vu le jour, le plus souvent avec la même équipe de généralistes, choisissant les sujets, définissant les messages importants et collaborant à la préparation et à la modération des réunions.

Nous avons déjà vécu ainsi deux ateliers de chirurgie, deux ateliers de pneumologie, un atelier multidisciplinaire et un atelier de radiologie.

Ce n'est pas tout :
sont en cours de préparation,

- **les ateliers multidisciplinaires du 25 novembre 2006** qui traiteront des atteintes artérielles périphériques, des nouveaux traitements des maladies inflammatoires et des nouvelles perspectives pour les cancers du poumon, du sein et du colon.
- **les ateliers d'orthopédie du 29 janvier 2007** qui parleront des entorses, de flash thérapeutiques et de propédeutique.

Pour terminer, je tiens à vous dire combien nous sommes heureux, généralistes motivés au sein de nos associations, de pouvoir collaborer de façon aussi étroite et conviviale avec les divers spécialistes des Cliniques de l'Europe. Les ateliers permettent à chaque participant d'acquérir, de façon pratique et en rencontrant ceux avec qui il a choisi de travailler chaque jour, les connaissances et les réflexes à la bonne pratique de la médecine générale. J'espère que les ateliers, grâce à votre participation toujours plus active, vivront encore très longtemps.

Dr Robert DOBBELAERE
Président de l'Association des Médecins Généralistes de BRUXELLES – SUD

Participent régulièrement à la préparation des divers ateliers les docteurs H. de Meester, R. Dobbelaere, Ph Gillis, J.F. Grimmiaux, Ph. Joyeux, M. Massart, G. Meert, J.M. Merlin, A.Mirzabekiantz, N. Van Nieuwenhuyse.

La cinquième rencontre de gériatrie

« Démences, guide pratique »

La cinquième rencontre de Gériatrie, intitulée « Démences, guide pratique », s'est déroulée le mardi 20 juin dans la très agréable salle de conférence de la maison de repos « Les Oliviers », située à côté du site des 2 Alice.

Dr Alain Fournier.

Dr Marc Leonard, Mr Bernard Wautelet, M^elle^ Nathalie Pauwels, M^d^ Stéphanie Engels et Dr Inge Declercq.

Comme à l'accoutumée, de nombreux professionnels de santé intéressés par la personne âgée étaient présents ce soir-là.

En première partie, le Dr Inge Declercq, neurologue, nous a décrit de manière très pédagogique les différents types de démence, en insistant sur leurs modes de présentation et de prise en charge spécifiques.

Le Dr Marc Léonard, gériatre, a ensuite abordé de manière accessible et nuancée les troubles du comportement de la personne démente en centrant la réflexion sur le respect de l'autonomie et de la dignité.

En deuxième partie, Stéphanie Engels et Nathalie Pauwels, neuropsychologues, nous ont permis de mieux appréhender la finalité des bilans neuropsychologiques réalisés aux Cliniques de l'Europe dans le cadre du dépistage et du diagnostic des déclins cognitifs.

Enfin, en guise d'ouverture à la discussion, Bernard Wautelet, psychologue, nous a fait part de sa longue expérience en milieu gériatrique et a partagé quelques réflexions sur la psychologie de la personne âgée.

Cette cinquième rencontre gériatrique s'est ensuite traditionnellement clôturée par une discussion ouverte permettant d'enrichir nos points de vue pour, au final, améliorer la prise en charge de nos aînés.

Le chœur de Bruxelles-Sud

Dr Nicole Van Nieuwenhuyse

Puisque cette journée du cœur place le cœur au cœur de l'histoire. Je vais vous raconter l'histoire du chœur de Bruxelles-Sud…

Au début, nous étions quelques petits docteurs
Et l'idée de devenir enfin maîtres chanteurs
Dans cette jungle, nous tenait fort à cœur.
Nous avons décidé de jouer la carte du cœur.

Mais pour diriger ces dames et ces rois de cœur,
Il nous fallait absolument un as de cœur
Qui ait le cœur bien accroché
Pour prendre la tête de notre chœur
Et nous l'avons trouvé...
Il a un cœur en or et ses encouragements nous vont droit au coeur
C'est Paul, c'est notre coup de cœur.
Merci de tout cœur.

Le dimanche soir, à la maison, nous répétons du fond du coeur,
Pour notre plus grand bonheur,
Sans rancœur et jamais à contrecoeur.
D'ailleurs, tout le monde arrive bien à l'heure.
Nous avons l'eau à la bouche et la bouche en cœur
Car à notre resto du chœur, tous apportent d'infinies douceurs
Qu'ils ont préparées eux-mêmes avec cœur,
Des cœurs de cabillaud, des cœurs d'artichaut pleins de saveur
Des petits cœurs de palmier, des petits cœurs de beurre
Ou encore, des cœurs de nouvel an avec quelques liqueurs.
Sans un haut-le-cœur, nous mangeons ma foi, de bon cœur
Sans que cela nous écoeure....
Comment ? Ce que nous buvons? non, sauf erreur, votre honneur
cela reste un secret de chœur....

Ecoutez, pour le moment, notre cœur bat la chamade
Entre vous et nous, c'est une grande histoire de cœur,
Pour l'atelier du cœur, pour la compagnie du coeur il nous fallait une balade
Pour parler à cœur ouvert de cette histoire de coeur
Alors nous avons dit oui avec le cœur
Et, le cœur à l'ouvrage, nous avons tout étudié par cœur.

Le cœur serré et la main sur le cœur,
Nous avons promis de toujours chanter en chœur,
Unis, dans un seul et même cœur
Plus qu'hier et moins que demain, le cœur sur la main
Voici, au cœur de la jungle, le chœur de Bruxelles-Sud.

Docteur Nicole Van Nieuwenhuyse
Fondatrice de la chorale
et Vice Présidente des Généralistes de Bruxelles-Sud

Sur l'air de « Le Lion est mort ce soir »

1) Dans ce cœur, ce terrible cœur le galop n'en fi-nit pas/,
mon cœur lâch'/ j'ai une telle angoiss', je n' sais plus quoi faire ce soir.

O-ooh, ohohohooooh, baoum bawé.

Si tu manges beaucoup de graiss' prends garde à ton B-MI,
surveill' la rondeur de tes fess', voilà un / fameux / pari.

B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2

2) Quand Jean Paul et tout' son équip' vont s'attaquer au thrombus,
vive la vie, c'est fantastiqu', pas un infarctus de plus.

O-ooh, ohohohooooh, baoum bawé.

Par - le bout de son cathéter il débouch' les coronaires ;
nous admirons son savoir faire, c'est le roi de nos artères.

B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2, B1-B2

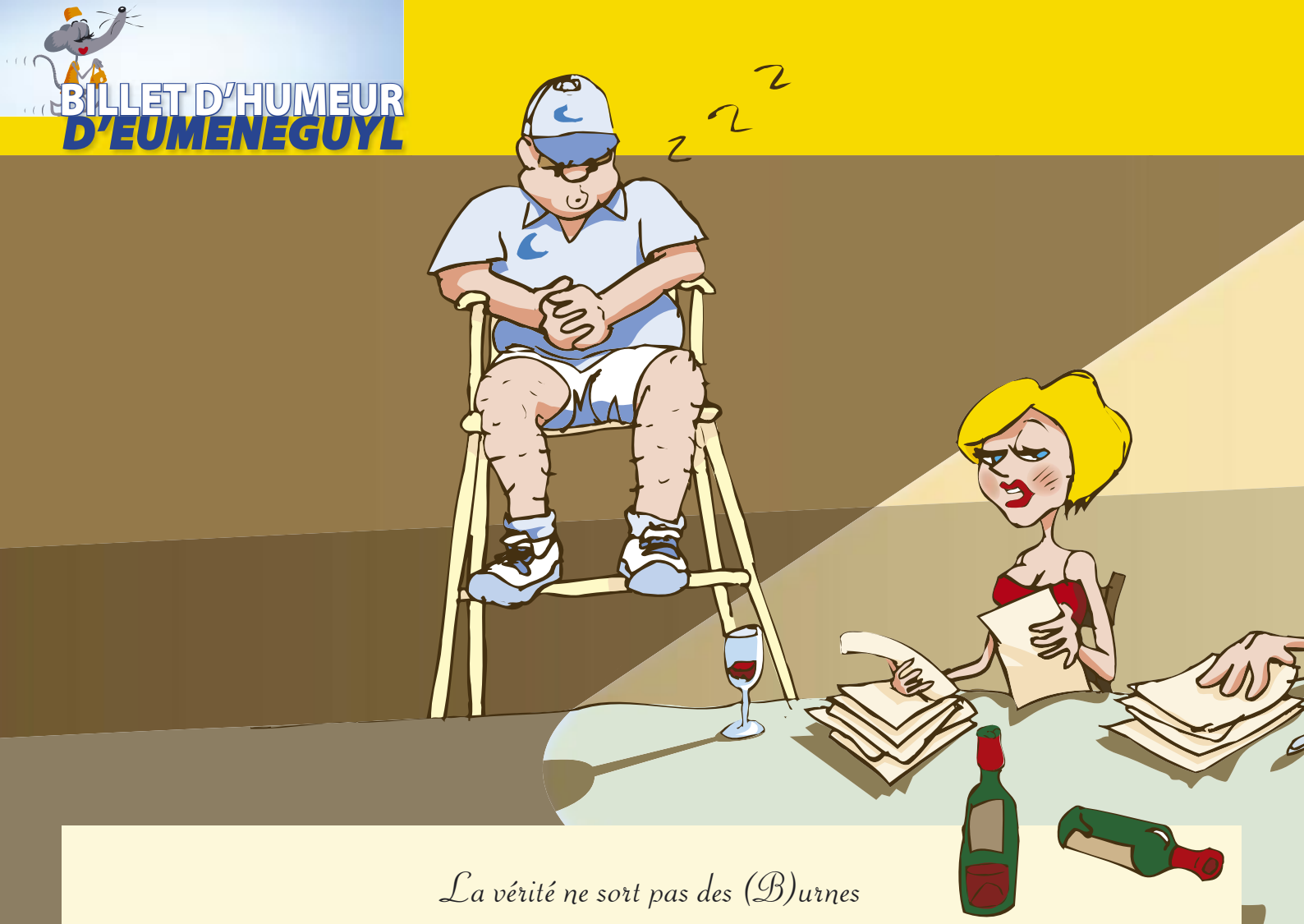
3) Hélas par/fois ça n' marche pas, le caillot ne s'en va pas ;
le my-ocard' est nécrosé et l'électro est tout plat.

O-ooh, ohohohooooh, baoum bawé.

T'as pas eu de chanc' aujourd'hui, mon pauvre gars c'est fini !
que c'est triste, adieu l'artiste, tu ne band'ras plus ce soir.

Trop mangé,/ trop fumé,/ et pas a/ssez baisé,
et voilà/ c'est fatal,/ funérailles/ nationales,
ou jeté/ dans l'canal,/ mon ami/c'est égal
Paradis/ ou enfer,/ c'est trop tard/ pour t'en fair' (bis ou ter).

La chorale de Bruxelles-Sud



La vérité ne sort pas des (B)urnes

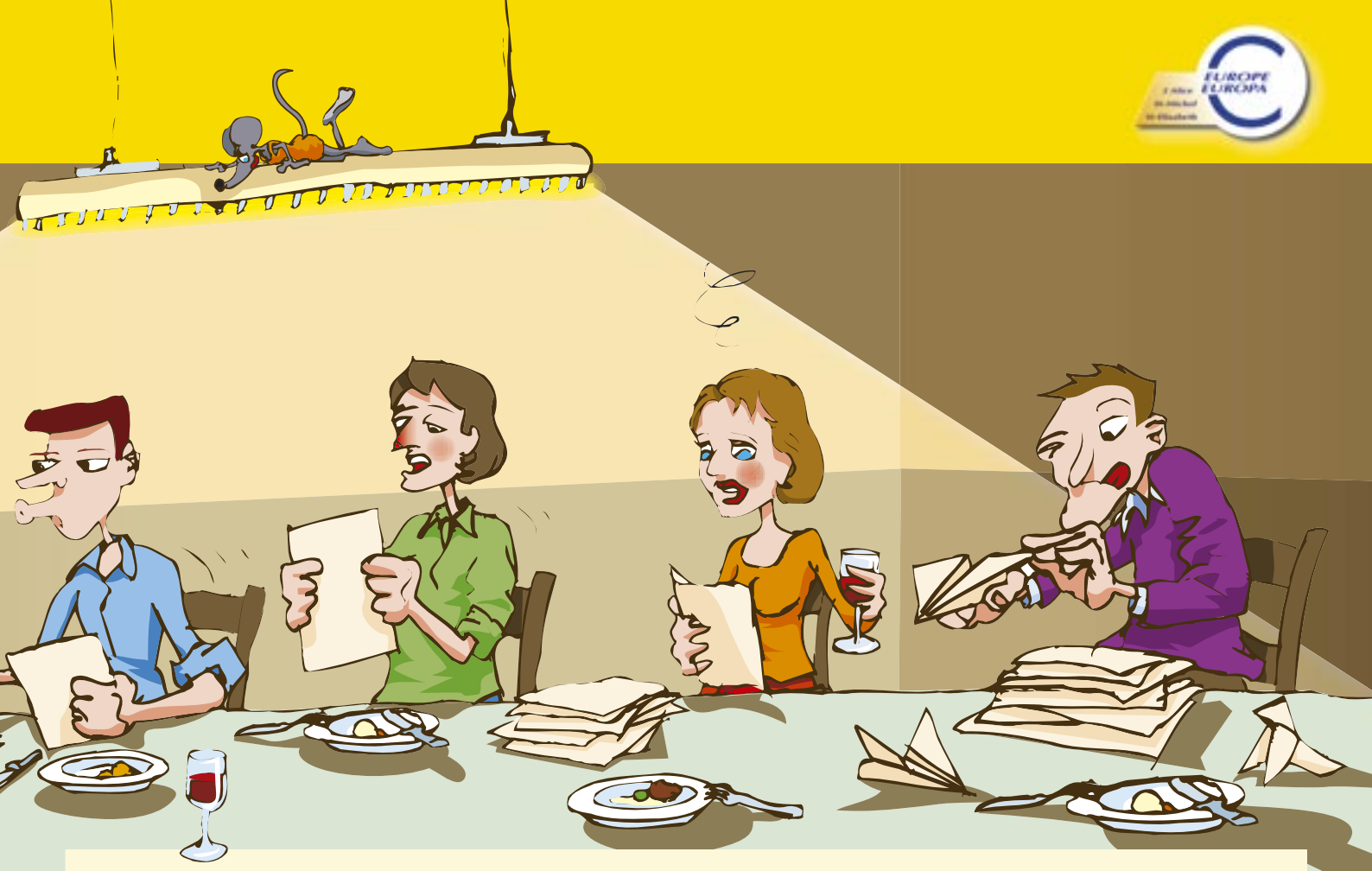
Dans notre colonie de rats, je plane largement au-dessus du lot par mon intelligence, ma vista et mon autorité (le propre des chefs).
Je suis donc la ratte en chef incontestée, le tsunami des rats, bref le rat de marée.
C'est donc en responsable et toujours avide de nouvelles que, tapie dans un coin de la salle des élections du Conseil Médical, j'observais ce va et vient tout en regrettant l'absence de ma copine de St-Michel !

Bien loin des slogans, des affiches, des déclarations démagogiques propres à toute élection en général, tout ici, se passait dans une ambiance calme et « ratssurante »...

A vrai dire, au premier abord, je ne comprenais rien.
Très attachée aux principes démocratiques élémentaires, c'est avec surprise que je constatais que le nombre de bulletins de vote variait pour une même personne de un à huit ! J'essayais vaguement de mettre cela en rapport avec le tour de taille, le tour de poitrine ou l'âge...
A la réflexion, je concluais que cela aussi faisait partie du meilleur statut médical hospitalier du monde.

Dans l' isoloir où au rat du sol je pouvais apercevoir les pattes de celui ou celle qui votait, il était apparemment facile de distinguer les mâles des femelles.
La couleur des souliers, la hauteur des talons, la minceur des chevilles, la présence de poils sur les jambes (quoique...) et le port du string (quoique...) me permettaient avec une quasi certitude (quoique...) de préciser le sexe de l'électeur.

C'est ainsi que d'après mon boulier, je dénombrai 54 femelles ? et 102 mâles ? soit plus de 60% de votants.
Lorsque leur flux eut cessé, j'assistai enfin au dépouillement.



Dans une ambiance plutôt ludique et gastronomique, cinq individus sous la direction d'un juge-arbitre ont décliné pendant deux heures une kyrielle de noms pour élire un Conseil Médical dont les élus se préoccuperaient à l'avenir d'un bac à sable.
Ces types ont un grain !

On avait affaire à des électeurs intelligents car deux bulletins seulement allaient être considérés comme nuls. Par contre, aucune inscription du style « la dératisation d'abord », « les rats des mutuelles au feu » ou « Demot rate gratis » ... ce qui eut dénoté un rat le bol des obligations électorales.
Ma susceptibilité féminine fut largement satisfaite lorsque j'appris, in fine, qu'un tiers des membres du Conseil Médical était des femelles.
On ne s'ennuiera pas dans le bac à sable dans le style pourquoi as-tu planté ton râteau dans les moules.

Bravo les filles !

La femelle est l'avenir du rat ! N'en déplaise à certains ... *Euméneguyl*

DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

LE PATIENT ÂGÉ

l'Obésité:

LES SOLUTIONS MÉDICALES LES MOINS INVASIVES

Le système de ballon intragastrique
BIB® (BioEnterics® Intragastric Balloon System)

CARACTÉRISTIQUES DE LA TECHNIQUE
- Technique endoscopique simple
- Durée du placement/retrait: 15-20 minutes avec ou sans AG

INDICATIONS
- Indiqué pour induire une perte de poids chez les personnes modérément obèses (BMI 30-35)
- Indiqué pour induire une perte de poids avant une intervention bariatrique ou préalablement à une opération chirurgicale chez les patients super obèses afin d'en diminuer les risques.

UNE EFFICACITÉ PROUVÉE
- Plus de 20.000 systèmes BIB® placés actuellement dans le monde
- Une centaine d'articles scientifiques disponibles

Les systèmes d'anneaux gastriques
Lap-Band® et Lap-Band® VG™

CARACTÉRISTIQUES ET AVANTAGES DE LA TECHNIQUE
- Technique chirurgicale simple avec le taux de mortalité le plus faible
- Système ajustable et technique réversible
- Placement par voie laparoscopique, sans agrafage ni incision de l'estomac
- Complications postopératoires faibles
- Pas de création de malabsorption
- Hospitalisation réduite
- Perte de poids à long terme prouvée

UNE EFFICACITÉ PROUVÉE. VOTRE PREMIER CHOIX
- Plus de 200.000 procédures réalisées dans le monde!
- Une littérature scientifique très complète
- Le seul anneau gastrique ajustable ayant reçu l'approbation de la FDA
- Une fiabilité prouvée depuis de nombreuses années et une qualité de fabrication irréprochable

APRIME
Medical & Surgical Supplies

APRIME S.A.
Terhulpsesteenweg 6 D
B-1560 Hoeilaart
Tél.: 32 [0]2 351 24 24 · Fax: 32 [0]2 351 24 56
info@aprime.com · www.aprime.com